

11222



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
"MAGDALENA DE LAS SALINAS"
UNIDAD DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN
REGION NORTE

"VALIDACION DE UNA LISTA CORTA DE LA
CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO,
DE LA DISCAPACIDAD Y DE LA SALUD, EN LA EVALUACIÓN
FUNCIONAL DE PACIENTES CON AMPUTACION DE
MIEMBRO PELVICO"

TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
**ESPECIALISTA EN
MEDICINA DE REHABILITACIÓN**

P R E S E N T A :

DRA. ALEJANDRA RODRIGUEZ TOSCANO



Ale. M. de S.
Delegación 1 Noroeste; D. F.

Unidad de Medicina Física y Rehabilitación

JEFATURA DE EDUC. MED. E INV.

MEXICO, D. F.

2005

0348638





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**VALIDACION DE UNA LISTA CORTA DE LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL
FUNCIONAMIENTO, DE LA DISCAPACIDAD Y DE LA SALUD, EN LA EVALUACIÓN
FUNCIONAL DE PACIENTES CON AMPUTACION DE MIEMBRO PELVICO**

INVESTIGADOR RESPONSABLE:

Dra. Alejandra Rodríguez Toscano.

Médico Residente de 3er año de la Especialidad de Medicina de Rehabilitación de la
Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Norte de la Unidad Médica de Alta
Especialidad Magdalena de las Salinas del Instituto Mexicano del Seguro Social.

ASESORES:

Dra. Verónica Miriam López Roldan.

Médico Especialista en Medicina de Rehabilitación.

Coordinador de Programas Médicos Rehabilitación de la Coordinación de Atención
Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Dr. Jaime Alfredo Castellanos Romero.

Médico Especialista en Medicina de Rehabilitación.

Jefe de Consulta Externa de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Norte,
U.M.A.E. Magdalena de las Salinas del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Alejandra Rodríguez

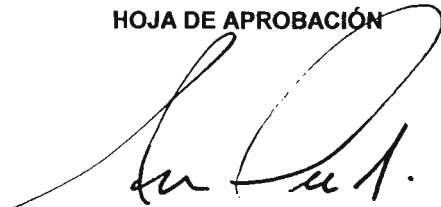
Toscano

FECHA: 29.09.05

FIRMA: 

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD MAGDALENA DE LAS SALINAS.
UNIDAD DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION REGION NORTE

HOJA DE APROBACIÓN



DR. IGNACIO DEVESEA GUTIÉRREZ.

Profesor Titular del Curso Universitario de la Especialidad de Medicina de Rehabilitación.

U.M.A.E. Magdalena de las Salinas, I.M.S.S.-U.N.A.M.



SUBDIVISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA


U.N.A.M.



DRA. MA. ELENA MAZADIEGO GONZÁLEZ.

Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud de la U.M.F.R.R.N.-U.M.A.E.

Magdalena de las Salinas, I.M.S.S.

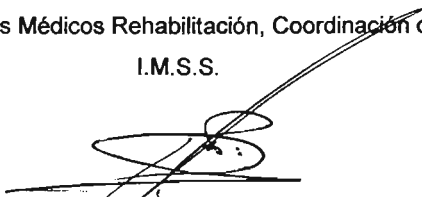


DRA. VERÓNICA MIRIAM LÓPEZ ROLDAN.

Asesor de Tesis.

Coordinador de Programas Médicos Rehabilitación, Coordinación de Atención Médica,

I.M.S.S.



DR. JAIME ALFREDO CASTELLANOS ROMERO.

Asesor de Tesis.

Jefe de Consulta Externa de la U.M.F.R.R.N, U.M.A.E. Magdalena de las Salinas del

I.M.S.S

DEDICATORIA

A MI ESPOSO

Por tu apoyo, compañía y ayuda, por compartir este camino juntos que comenzamos hace tiempo.

Te amo.

A MIS PADRES

Por su ejemplo, su confianza, amor, respeto y muchas enseñanzas que me ayudaron a siempre seguir adelante y ser quien soy.

Los amo.

A MI FAMILIA

Por todo su apoyo, confianza, alegría y ánimos de seguir adelante, así como a mis sobrinos Gaby, Edson y Andrea por ser una bella luz en la vida de todos.

Los quiero.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por darme la vida y la oportunidad que llegar hasta aquí.

A Isaac mi esposo, por tu apoyo y ayuda incondicional siempre, por tu paciencia y amor.

A mis padres, por su esfuerzo en mi formación y educación, por su apoyo, por estar conmigo en todo momento, sin importar la distancia.

A mis compañeros de residencia y amigos, por darme la oportunidad de conocerlos, por todos los buenos y malos momentos que nos unen, por su confianza y por esa bella convivencia que tuvimos. Gisela, Marisol, Aidee, Paty y David les deseo mucho éxito en su vida. Vero, Rocío, Hermelinda, Ana Fernanda, Lolita, Fabiola, Elizabeth, Korintia, Ana, Fernando, Axel y Angel mucha suerte.

A todos mis maestros, por sus conocimientos, enseñanzas y consejos para mi formación como médico y como ser humano. A todos los médicos de la Unidad, por su invaluable ayuda y enseñanzas.

A mis asesores de tesis, por su ayuda en la realización del presente trabajo.

A todo el personal de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Norte, y de los lugares donde rotamos, por su ayuda en mi formación como médico especialista. En especial a todos los médicos por su gran ayuda.

A todos los pacientes que me permitieron ampliar mis conocimientos.

INDICE

CONTENIDO	PAGINA
Introducción.	7
Antecedentes Científicos.	9
Objetivos.	18
Hipótesis.	19
Material y Métodos.	20
Resultados.	26
Discusión.	38
Conclusiones.	42
Bibliografía.	43
Anexos.	46

INTRODUCCION

La medicina de rehabilitación integra el estudio de la estructura y funciones de un individuo desde distintos puntos de vista, que abarcan los niveles biológicos, psicológicos y sociales. Su objetivo principal es la reintegración sociolaboral de aquel individuo con algún tipo de deficiencia o discapacidad, así como que alcance su máximo nivel de independencia. La rehabilitación es un proceso continuo que involucra identificar problemas y necesidades, la relación de los problemas con las limitaciones de las funciones y estructuras corporales, factores personales y el medio ambiente, así como el manejo o intervención de rehabilitación. La clave para el éxito del manejo rehabilitatorio es el entendimiento de la relación entre problemas específicos y la alteración de las funciones y estructuras corporales, así como factores psicosociales y del medio ambiente, que los exacerban o ayudan a disminuirlos.¹ Los conceptos, clasificaciones y mediciones de funcionalidad y salud son una parte integral de la práctica clínica, de la enseñanza y la investigación.²

La valoración funcional es un método para describir las capacidades y limitaciones de una persona, para estimar las habilidades que es capaz de realizar un individuo, incluidas las tareas de actuación necesarias para la vida diaria, actividades de esparcimiento, búsqueda vocacional, interacciones sociales y otras conductas. A partir de esta valoración se pueden obtener datos que describen el estado funcional actual de esa persona, y de acuerdo con ello, establecer estrategias terapéuticas adecuadas con el fin de conseguir la máxima independencia personal y la autonomía para cumplir los roles sociales.³

Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud.

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) pertenece a la familia de Clasificaciones Internacionales desarrolladas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que pueden ser aplicadas a varios aspectos de la salud, esta familia proporciona el marco conceptual para el estudio y comprensión de un amplio rango de información relacionada con la salud.⁴ La CIF es el resultado de un proceso de 10 años de revisión de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM), publicada en 1980 establecida por la OMS. En

mayo del 2001 se aprobó la versión de utilización internacional de la CIF, y durante el 2002, la OMS difundió la introducción de su utilización entre los países miembros. Esta clasificación aporta una visión más amplia y positiva del estado de salud en vez de concentrarse en las consecuencias de la enfermedad como ocurría con la CIDDM. El objetivo de la clasificación es brindar un lenguaje unificado y estandarizado, y un marco conceptual para la descripción de la salud y los estados relacionados con ella.^{4,5} La CIF es un medio efectivo de comunicación dentro del equipo rehabilitatorio multidisciplinario, así como entre pacientes y profesionales de la rehabilitación.^{1,6} En el contexto clínico, es útil para la evaluación del tratamiento, de las intervenciones, rehabilitación y evaluaciones finales.⁷

La CIF, clasifica la salud y los estados "relacionados con la salud". La unidad de clasificación esta constituida por las categorías de cada dominio de salud y de los dominios "relacionados con la salud"; que se describen desde la perspectiva corporal, individual y social. La CIF tiene 2 partes, cada una con 2 componentes:⁴

1. Funcionamiento y Discapacidad.
 - a. Funciones y Estructuras corporales.
 - b. Actividades y Participación.
2. Factores contextuales.
 - a. Factores Ambientales.
 - b. Factores Personales.

Este estudio pretende elaborar un instrumento preliminar para evaluar la funcionalidad en pacientes con amputación de miembro pélvico, mediante la selección de categorías de la CIF, dicho instrumento debe ser validado posteriormente cumpliendo con todos los criterios metodológicos.

Así mismo, es importante la difusión de las principales características de la CIF al personal de salud del área de rehabilitación, para poder unificar criterios y lenguaje con respecto a la funcionalidad, discapacidad y salud.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

Cada componente de la CIF tiene varios dominios, y en cada dominio hay categorías que son las unidades de clasificación las cuales tienen un código numérico y su definición. Los componentes se representan con una letra, de acuerdo a su letra inicial en inglés, de tal manera que función corporal se representa con la “b”, estructura corporal con “s”, actividades y participación con “d”, y factores ambientales con la “e”. Cada una de estas letras está seguida por una codificación numérica. Si el código tiene un solo dígito, se refiere a un capítulo en general. A medida que aumentan los números, estamos ante una categoría cada vez más concreta y definida.^{4,8}

La CIF agrupa sistemáticamente los distintos dominios de una persona en un determinado estado de salud (lo que puede o no puede hacer). El concepto *funcionamiento* se puede considerar como un término global que hace referencia a todas las funciones corporales, actividades y participación; y *discapacidad* engloba las deficiencias, limitaciones en la actividad o restricciones en la participación. También enumera factores ambientales que interactúan con los anteriores.⁴

En el contexto de la CIF se tienen las siguientes definiciones:

- **Funciones corporales:** funciones fisiológicas de los sistemas corporales, incluyendo las psicológicas.
- **Estructuras corporales:** partes anatómicas del cuerpo tales como los órganos, extremidades y sus componentes.
- **Deficiencias:** Problemas en las funciones o estructuras corporales, desviación significativa o una pérdida.
- **Actividad:** Es la realización de una tarea o acción por parte de un individuo.
- **Participación:** Es el acto de involucrarse en una situación vital.
- **Limitaciones en la actividad:** Son dificultades que un individuo puede tener en el desempeño/realización de actividades.
- **Restricciones en la participación:** Son problemas que un individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales.
- **Factores ambientales:** Constituye el ambiente físico, social, y de actitudes en el que las personas viven y conducen sus vidas. Sirven para identificar

facilitadores o barreras de la función, y pueden guiar al clínico para modificar o eliminar algunos atributos del ambiente.^{4,6}

Partes y capítulos de la CIF:⁴

- *Funciones corporales:*

- Capítulo 1: Funciones mentales.
- Capítulo 2: Funciones sensoriales y dolor.
- Capítulo 3: Funciones de la voz y el habla.
- Capítulo 4: Funciones de los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio.
- Capítulo 5: Funciones de los sistemas digestivos, metabólico y endocrino.
- Capítulo 7: Funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento.
- Capítulo 8: Funciones de la piel y estructuras relacionadas.

- *Estructuras corporales:*

- Capítulo 1: Estructuras del sistema nervioso.
- Capítulo 2: El ojo, oído y estructuras relacionadas.
- Capítulo 3: Estructuras involucradas en la voz y el habla.
- Capítulo 4: Estructuras de los sistemas cardiovascular, inmunológico y respiratorio.
- Capítulo 5: Estructuras relacionadas con los sistemas digestivo, metabólico y endocrino.
- Capítulo 6: Estructuras relacionadas con el sistema genitourinario y el sistema reproductor.
- Capítulo 7: Estructuras relacionadas con el movimiento.
- Capítulo 8: Piel y estructuras relacionadas.

- *Actividades y Participación:*

- Capítulo 1: Aprendizaje y aplicación del conocimiento.
- Capítulo 2: Tareas y demandas generales.
- Capítulo 3: Comunicación.
- Capítulo 4: Movilidad.
- Capítulo 5: Autocuidado.
- Capítulo 6: Vida doméstica.
- Capítulo 7: Interacciones y relaciones interpersonales.

- Capítulo 8: Áreas principales de la vida.
- Capítulo 9: Vida comunitaria, social y cívica.
- Factores Ambientales:
 - Capítulo 1: Productos y tecnología.
 - Capítulo 2: Entorno natural y cambios en el entorno derivados de la actividad humana.
 - Capítulo 3: Apoyo y relaciones.
 - Capítulo 4: Actitudes.
 - Capítulo 5: Servicios, sistemas y políticas.

Amputación.

La amputación es el procedimiento quirúrgico más antiguo, es un procedimiento que extirpa una parte del cuerpo a través de uno o más huesos. Respecto a la incidencia y prevalencia, no se tienen estadísticas precisas. En Estados Unidos de Norteamérica se citan prevalencias de más de 350,000 amputados y una incidencia de 20,000 a 30,000 nuevos amputados cada año, y este número va en aumento. La mayor incidencia ocurre en personas de 50-75 años, y se relaciona con enfermedad vascular periférica (>90%) con o sin diabetes, los traumatismos siguen siendo la causa principal en adultos jóvenes, seguido por neoplasias, y en niños el 60% de las causas son congénitas. El 75% de los amputados son varones; el 85% de las amputaciones es de miembro inferior.^{9,10} En la unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Norte, en el 2004, se otorgaron un total de 75,786 consultas, de las cuales el 1.1% (907) fueron de paciente con amputación de miembro pélvico, el 95% con amputación unilateral. Con un total del 28% de pacientes (254) con amputación unilateral de primera vez. El principal grupo de edad afectado fue de 30-39 años, con un total de 263 pacientes (29%), seguido del grupo de 50-59 años (23%). Con mayor afección del sexo masculino, 82%. En el Hospital de Traumatología, de la UMAE se tienen reporte de 95 procedimientos quirúrgicos de amputación de miembro pélvico en el 2004, dando una proporción del 0.77% del total de intervenciones quirúrgicas en ese año.

Tabla 1.- Consultas de pacientes con amputación de miembro pélvico en la U.M.F.R.R.N.

PACIENTES	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
Amputación de miembro pélvico	747	160	907
Amputación unilateral	705	158	863
1ª vez, unilateral	208	46	254

El paciente con amputación de algún miembro pélvico presenta alteraciones importantes tanto físicas como psicológicas, teniendo un gran impacto económico y social. Al perder dicha extremidad, presenta alteraciones del equilibrio, de la deambulación, de esquema corporal, de aceptación, etc, por lo que es de vital importancia la rehabilitación de estos pacientes para poder cumplir con su reintegración social, familiar y laboral. La extremidad inferior esta diseñada para las funciones de soporte y traslado, por lo que el tratamiento del amputado debe perseguir los mismos objetivos, es decir, intentar restituir de la forma mas precisa dichas funciones, con las prótesis adecuadas; de tal manera que el paciente pueda mantenerse y trasladarse con una marcha de un perímetro funcional, útil y aceptable.¹⁰

Tradicionalmente se consideraba a la amputación como un fracaso final e irreversible de las intervenciones médicas que se habían realizado en el paciente y se efectuaba con el propósito de salvar la vida. Actualmente la amputación se considera como el inicio de un nuevo proceso que, con la creación plástica de un nuevo órgano (muñón) con la ayuda de un elemento externo protésico y con un tratamiento del proceso de adaptación protésica, intentará recuperar las funciones perdidas y la restitución de la estética al recomponer la simetría corporal.¹⁰

Los principales objetivos del tratamiento rehabilitatorio son la recuperación psicofísica del paciente mediante adaptación protésica, y finalmente su reinserción socio-laboral. Para poder medir los logros obtenidos, en el tratamiento rehabilitatorio, necesitamos contar con medidas objetivas de valoración (escalas de valoración funcional), que van a permitirnos el uso de una terminología estándar y la monitorización de los tratamientos, ya que suponen una valoración clínica del estado funcional previo al tratamiento, un seguimiento del mismo y la verificación de los objetivos o metas prefijados. La valoración mediante las escalas permite la comparación de resultados y establecer la eficacia de los distintos tratamientos.¹¹ Son muchas las ventajas que tenemos al emplear escalas en nuestra práctica clínica: valoración, planificación del tratamiento, pronóstico, monitorización, calidad asistencial, participación activa del paciente, planificación y control de los servicios, así como en el aspecto legal y administrativo¹².

Las mediciones de los estados funcionales se pueden agrupar en aquellas que son genéricas y aquellas que son diseñadas para condiciones específicas. Las mediciones genéricas o generales son diseñadas para evaluar el estado funcional residual de una

deficiencia o discapacidad de un individuo. Las mediciones de condiciones específicas son diseñadas para ser sensibles a la deficiencia o discapacidad específica de interés.¹³ El índice de Barthel, el más conocido y estudiado a nivel internacional, fue diseñado específicamente para medir el resultado del tratamiento rehabilitador en pacientes incapacitados por procesos neuromusculares y musculoesqueléticos, incluye 10 áreas de actividades de la vida diaria: alimentación, baño, aseo personal, vestido, transferencias, uso de retrete, deambulación, subir y bajar escaleras y control de esfínter anal y vesical. Cada actividad se valora de forma ponderal según su relevancia y el grado de independencia del individuo para realizarla, los ítems baño y aseo personal se puntúan 0 ó 5, las transferencias y deambulación 0, 5, 10 ó 15, y el resto 0, 5 ó 10. La puntuación total varía entre 0 y 100, donde 0 es dependencia total y 100 independencia.^{1,3,14}

Hay una gran cantidad de estudios que confirman su validez, consistencia y sensibilidad^{13,15,16}, y se ha utilizado en una gran variedad de patologías (accidentes cerebrovasculares, lesiones medulares, amputados, fractura de cadera y diferentes cuadros neurológicos y ortopédicos incapacitantes.¹⁴

Para que una escala pueda utilizarse como instrumento de medida, debe seguir un proceso formal de validación. Las escalas deben cumplir las siguientes características:¹²

- **Precisión o fiabilidad:** es la capacidad de obtener el mismo resultado con mediciones repetidas.
- **Validez:** es el grado en que mide realmente aquello para lo que está destinado y permite inferencia útil.
- **Viabilidad:** ha de ser sencilla, con instrucciones precisas sobre la forma de aplicarse y calcular la puntuación.
- **Sensibilidad a los cambios:** es la capacidad de la escala para reflejar los cambios que ocurren en el proceso estudiado.

Si hay algo que se puede afirmar es que no hay una escala que puede resolver todas las necesidades en un terreno complejo y multidimensional como es la rehabilitación. Las escalas proporcionan al especialista en rehabilitación un instrumento que le va a permitir obtener una información válida, fiable, sensible a los cambios clínicos, cuantificable, barata, extensa de riesgos, relevante para el enfermo con posibilidades predictivas y que permita seguir la evolución y la respuesta al tratamiento.¹²

La CIF y las listas cortas.

La CIF es una clasificación diseñada con el propósito de ser utilizada por varias disciplinas y diferentes sectores, sus objetivos específicos son:⁴

- Proporcionar una base científica para la comprensión y el estudio de la salud, y los estados relacionados con ella, los resultados y los determinantes.
- Establecer un lenguaje común para describir la salud y los estados relacionados con ella, mejorar la comunicación entre usuarios (investigadores, profesionales de la salud, diseñadores de políticas sanitarias, personas con discapacidad).
- Permitir la comparación de datos entre países, disciplinas sanitarias, servicios, y en diferentes momentos a lo largo del tiempo.
- Proporcionar un esquema de codificación sistematizado para ser aplicado en los sistemas de información sanitaria.

El marco de referencia actual de la discapacidad (CIF) intenta lograr una síntesis, y así proveer una vista coherente de los diferentes puntos de vista de la salud desde una perspectiva biológica, individual y social.¹ La CIF ha englobado muchas de las críticas a los marcos de referencia previos y ha sido desarrollada en un proceso de consenso mundial exhaustivo en los últimos años. Por lo anterior, Stucky y col establecen que es probable que la CIF se convierta en el marco de referencia conceptual generalmente aceptada para describir el nivel funcional y de salud de la persona en el área de rehabilitación.^{1,7}

Para la aplicación clínica de las CIF, deberán realizarse adaptaciones, selección de categorías, comparación y validación científica de los distintos niveles de los calificadores.⁸ En el contexto clínico, el principal reto es lo extenso de la clasificación, que tiene más de 1,400 categorías, por ser una clasificación que engloba al individuo en general así como su medio ambiente que lo rodea. Por lo tanto para lograr sea factible su uso en la medicina con respecto al número de categorías y la perspectiva del usuario, que toma una perspectiva de la condición, se han desarrollado listas cortas para condiciones generales. Las listas cortas representan una selección de dominios o categorías de la CIF que pueden servir como estándar mínimo para reportar funcionalidad y salud en estudios y confrontaciones clínicas (corto o breve), o como estándar de valoración multiprofesional completa (completo).² Estas listas cortas hacen posible un acercamiento a la aplicación de la CIF en la práctica de la rehabilitación. Necesitan incluir el menor número de dominios

posibles para ser prácticas, pero tantos como se requiera para cubrir completa y suficientemente el prototipo de limitaciones en la funcionalidad y salud características de una condición específica (listas cortas de una condición específica). Las categorías de las anteriores se pueden intercalar con la de la lista corta general, la cual incluye el menor número posible de categorías, pero las más que se requieran para cubrir completa y suficientemente el espectro general de limitaciones en funcionalidad y salud encontradas en la mayoría de las condiciones; logrando reducir el número total de categorías requeridas.

Las listas cortas resultantes con un número de categorías definida, tienen la ventaja de ser prácticas y ser más cortas, como su nombre lo dice.^{1,7} Stucki, Cieza, Dreinhöfer, Rufo, y colaboradores lo señalan en sus trabajos al seleccionar y utilizar estas listas cortas para padecimientos específicos como lumbalgia, osteoporosis, artritis reumatoide, osteoartritis, dolor crónico generalizado, depresión, obesidad, enfermedad pulmonar obstructiva, diabetes mellitus, etc.^{2,17-25}, utilizando la técnica Delphi para determinar las categorías específicas para cada condición de salud.²⁸⁻²⁸

Amputaciones e instrumentos para evaluar funcionalidad.

En rehabilitación, los aspectos de la discapacidad son a menudo, medidos por índices de actividades de la vida diaria, como el índice de Barthel, que se centra en cuidado personal y en la movilidad; pero cada día se hace más necesario el uso de instrumentos de valoración que engloben la recuperación psicofísica del paciente y su reintegración sociolaboral¹¹.

García Obrero y cols. realizaron una revisión de las escalas de valoración funcional en pacientes con amputación, clasificándolas en *universales* (Barthel, Pulses Profile, Functional Independence Measure), y *específicas para miembros y amputados* (Enneking et al, Locomotion Score in Rheumatoid Arthritis, Amputee Activity de Day, Prostetic Profile of the Amputee). Las categorías evalúan aspectos cognitivos, actitudes sociolaborales, actividades de la vida diaria, aspectos dinámicos, dolor, uso de órtesis y prótesis y uso de servicios. Concluyeron que las escalas universales valoran actividades de la vida diaria, sociolaborales, aspectos dinámicos y uso de servicios, pero no abarcan la adaptación protésica; y que las escalas específicas son más completas, ya que incluyen aspectos de adaptación protésica.

Encontraron también que el cuestionario del Prostetic Profile of the Amputee es el más completo, ya que abarca la mayoría de las categorías de discapacidad de la OMS y desarrolla de forma exhaustiva la adaptación protésica y el uso de órtesis, así como la frecuencia de uso de la prótesis al igual que la escala de Day. La escala de Enneking valora el dolor y el grado de satisfacción del paciente, por lo tanto puede ser útil en la valoración de enfermos tumorales. A pesar de lo anterior, ninguna de estas escalas está validada en castellano, y ninguna de ellas evalúa todos los aspectos mencionados anteriormente. Generalmente se enfocan en una o algunas situaciones específicas.¹¹

Como se comentó con anterioridad, la validez de un instrumento es el grado en que mide lo que tiene que medir, hay 3 tipos de validez:^{13,29}

- De contenido: se refiere al grado en que el instrumento cubre adecuadamente el área a estudiar. Generalmente se determina por la opinión de expertos.
- De criterio: se refiere al grado en que una medición predice algún estándar externo. Se establece confrontando algún resultado o una medición existente que evalúe el dominio en cuestión. O estableciendo comparación con un estándar de oro existente.
- De constructo: es el grado en que una medición conforma la conceptualización teórica en que se basa. Se establece a través de unas series de comparaciones que muestran los resultados de la medición con otras mediciones relacionadas (convergente) y diferente de mediciones no relacionadas que evalúan diferentes constructos (divergente).

La consistencia concierne al grado en que la medición sea consistente y pueda replicarse. Hay 3 tipos básicos de consistencia:^{13,29}

- Observador: se refiere a la consistencia del resultado obtenida entre diferentes individuos (interobservador) y del mismo individuo a través del tiempo (intraobservador).
- Prueba-reprueba: se refiere a la consistencia de la calificación en el mismo sujeto en pruebas subsecuentes separadas por cortos periodos de tiempo.
- Interna: el grado en que los ítems en una prueba se correlacionan. Generalmente se evalúa utilizando alpha de Cronbach.

La sensibilidad se refiere a la habilidad de la medición a responder a cambios en el comportamiento a través del tiempo. Debe de ser lo suficientemente sensible para detectar cambios sutiles significantes.¹³

Por todo lo anterior, nace la inquietud y la necesidad de contar con un instrumento específico, valido para evaluar la funcionalidad de los pacientes con amputación de miembro pélvico, tomando en cuenta la CIF como un marco de referencia, para tener un indicador específico para esta condición, que nos proporcione datos importantes sobre la funcionalidad del paciente así como su evolución y mejoría, si fuese el caso, a lo largo del tratamiento rehabilitatorio.

OBJETIVOS

Objetivo general.

- Elaborar y validar un instrumento preliminar (lista corta), basado en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), que auxilie en la evaluación funcional de pacientes con amputación de miembro pélvico.

Objetivos específicos.

- Capacitar al personal participante en el estudio con la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud.
- Seleccionar las categorías de los componentes de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud susceptibles de ser aplicables a pacientes con amputación de miembro pélvico, para integrar el instrumento (lista corta) para la evaluación funcional.
- Obtener validez de contenido de la lista corta por consenso.
- Determinar el grado de concordancia de la lista corta entre profesionales de salud.
- Difundir al personal de rehabilitación la terminología y uso de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud.

HIPÓTESIS

La concordancia entre observadores, al aplicar la lista corta de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud en pacientes con amputación de miembro pélvico, es alta.

MATERIAL Y METODOS

1. SITIO DEL ESTUDIO.

El presente estudio se realizó en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Norte, Unidad Médica de Alta Especialidad Magdalena de las Salinas, Distrito Federal, del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el periodo comprendido del 1º de abril al 29 de julio del 2005.

2. POBLACION DE ESTUDIO.

El estudio se llevo a cabo en 2 fases, en la primera se invito a participar a 5 profesionales que laboran en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Norte, que cumplieran los criterios de inclusión establecidos.

En la segunda fase, por ser una prueba piloto se captaron 5 pacientes, mediante un muestreo no determinado estadísticamente de casos consecutivos que cumplieran los criterios de inclusión. Que llegaran a la consulta externa, por primera vez, con diagnostico de amputación de miembro pélvico.

3. TIPO DE ESTUDIO.

Se realizó un estudio transversal comparativo.

4. GRUPO DE ESTUDIO.

Adultos con diagnostico de amputación de miembro pélvicos, mayores de 18 años de edad, derechohabientes del IMSS, que fueran captados en el área de consulta externa de la UMFRRN, que estuvieran de acuerdo en participar en el estudio.

5. CRITERIOS DE SELECCIÓN.

En la primera fase de incluyeron a profesionales con los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- a. Ser trabajadores activos del IMSS.
- b. Tener más de 5 años en su práctica profesional.

- c. Relacionados con el tratamiento rehabilitatorio y manejo de pacientes con amputación de miembro pélvico.
- d. Con deseos de participar en el estudio.
- e. Con capacitación y conocimiento de la CIF.

Criterios de exclusión:

- a. Personal que no concluya la capacitación de la CIF.
- b. Personal que no concluya las etapas de consenso de la lista corta de la CIF.

En la segunda fase, los pacientes tenían las siguientes características:

Criterios de Inclusión:

- a. Pacientes hombres y mujeres de 18 a 65 años de edad.
- b. Diagnóstico de amputación de miembro pélvico unilateral.
- c. Derechohabientes del IMSS.
- d. Que acudieran a consulta externa de primera vez a la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Norte.
- e. Que desearán participar en el estudio.
- f. Y que firmaron carta de consentimiento informado (anexo 1).

Criterios de exclusión:

- a. Con antecedente de previo uso de prótesis.
- b. Paciente con amputación de miembro torácico.
- c. Paciente con amputaciones bilaterales.

6. DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO.

Se diseñó el protocolo de acuerdo a los lineamientos y normas establecidos por el Comité de Investigación del IMSS, se presentó y se obtuvo su aprobación por el Comité Local de Investigación.

En la primera fase del estudio, se invitó a participar por medio de contacto verbal y por escrito, a profesionales del área de la salud, trabajadores de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Norte, se les dio una breve explicación del trabajo de investigación. Se hizo una revisión exhaustiva sobre la CIF y las recomendaciones para capacitación de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, se estructuró un programa para este fin con distribución de tiempo, fechas y temas, se realizaron presentaciones, se obtuvieron lecturas para comentarlas y trabajar en talleres, tocando puntos importantes de la CIF, el cual constaba de

aproximadamente ocho horas y media (anexo 2) en un total de 5 sesiones, el cual se impartió a los cinco profesionales de la salud (dos médicos rehabilitadores, 1 terapeuta físico, 1 trabajadora social y 1 enfermera general) proporcionándoles el material necesario para la discusión y cuestionamiento, con el apoyo de dos expertos en la CIF y el investigador.

Se dio a conocer a los profesionales de la salud la lista corta extraída de la CIF (anexo 3-A) previamente seleccionada por dos expertos, y resultante del trabajo en la prueba piloto aplicada en la misma unidad a pacientes con amputación de miembro pélvico, en la cual se obtuvieron observaciones y se realizaron algunas modificaciones de acuerdo a lo encontrado. Se analizaron y comentaron conjuntamente las categorías incluidas en la misma por los profesionales así como los datos incluidos en la hoja frontal de captación de información del paciente. Se les solicito agregar o eliminar las categorías que de acuerdo a su criterio fueran necesarias para obtener un instrumento útil para la evaluación funcional de pacientes con amputación de miembro pélvico en base a los capítulos y categorías de la CIF, igualmente se les solicito modificar la hoja frontal de recolección de datos generales (anexo 4-A). Posteriormente se recopilaron personalmente las modificaciones de los participantes y sus comentarios personales de la lista corta. Se agregaron o eliminaron categorías siempre y cuando por lo menos dos participantes estuvieran de acuerdo en ello. Se elaboro el formato final con las modificaciones sugeridas (anexo 3-B, 4B) para la posterior aplicación a los pacientes.

En la segunda fase, los pacientes fueron captados, por la investigadora responsable, en el área de consulta externa o de terapia física, del grupo de pacientes amputados pre-prótesicos de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Norte-UMAE Magdalena de las Salinas-IMSS, que cumplieran los criterios de inclusión. A todos los pacientes se les solicito firma de carta de consentimiento informado, informando de la aplicación de la misma lista por diferentes personas. Se distribuyeron de acuerdo a disposición de horario y sin intervenir en sus terapias o citas adicionales, con los profesionales capacitados previamente en la CIF de acuerdo a su horario y carga de trabajo, para la aplicación de la lista corta obtenida (anexo 3-B).

Cada uno de los cinco profesionales, en distinto lugar y de manera independiente, interrogaron sobre edad, sexo, ocupación, escolaridad, presencia

de barreras arquitectónicas en casa, patologías agregadas, nivel de amputación, tiempo de evolución, causa de amputación, fuente de ingresos en la familia, así como cada una de las categorías de la lista para funciones corporales, estructuras corporales, actividad y participación y factores ambientales, esta información se obtuvo por cuestionamiento directo al paciente o familiar o por observación directa del profesional, de acuerdo como se marca en la CIF.

Al contar con las cinco evaluaciones de los profesionales capacitados, la investigadora responsable, sin conocer las evaluaciones de los pacientes previamente realizadas por lo participantes, aplico igualmente la lista corta y el Índice de Barthel como parte de un protocolo habitual en la valoración funcional (anexo 5) a cada paciente por cuestionamiento directo, otorgando una puntuación de acuerdo a la respuesta del paciente.

La lista corta contaba con las definiciones de funciones corporales, estructuras corporales, deficiencia, actividad, participación, limitación en la actividad, restricción en la participación, factores ambientales, facilitador y barrera así como de cada una de las categorías incluidas en ésta (102), extraídas textualmente de la CIF, como se establece en la bibliografía. Los calificadores para cada una de las categorías, utilizados para indicar la extensión o magnitud de la dificultad, también se encontraban en la lista corta dando opción de respuesta del 0 al 4 para evaluar la dificultad de acuerdo a escala cualitativa o porcentual, y los profesionales marcaban el número de acuerdo con lo encontrado, los cuales son los siguientes para funciones y estructuras corporales y para actividad y participación:

0	No hay dificultad	(ninguna, insignificante	0-4%)
1	Dificultad ligera	(poca, escasa	5-24%)
2	Dificultad moderada	(media, regular	25-49%)
3	Dificultad grave	(mucha, extensa	50-95%)
4	Dificultad completa	(total	96-100%)
8	Sin especificar	(la información disponible no es suficiente para cuantificar la severidad del problema).	
9	No aplicable	(por ej, el dominio d760 Relaciones familiares no es aplicable a un paciente sin familia).	

Para las categorías de factores ambientales, se marco si el dominio y categoría correspondiente era un facilitador o una barrera y que grado tenía para el paciente, de la siguiente manera:

Facilitador

0	No hay Facilitador	(ninguno, insignificante	0- 4%)
1	Facilitador Leve	(poco, escaso	5-24%)
2	Facilitador Moderado	(medio, regular	25-49%)
3	Facilitador Mayor	(mucho, extremo	50-95%)
4	Facilitador Completo	(total	96-100%)

Barrera

0	No hay Barrera	(ninguna, insignificante	0- 4%)
1	Barrera Leve	(poca, escasa	5-24%)
2	Barrera Moderada	(media, regular	25-49%)
3	Barrera Grave	(mucha, extrema	50-95%)
4	Barrera Completa	(total	96-100%)
8	No especifica		
9	No aplicable		

Posterior a la aplicación de la lista corta en los 5 pacientes por los 5 participantes, aquellas categorías que se hubiesen calificado como no específicas (8), no aplicables (9) o que no se les otorgara calificación, por lo menos por 3 participantes en por lo menos 3 pacientes, se eliminaron de la lista corta, y no se consideraron para el análisis estadístico.

El índice de Barthel, incluye 10 áreas de actividades de la vida diaria, con una valoración ponderal de acuerdo a la capacidad del individuo para realizarla, las cuales son para baño y aseo personal 0 ó 5, transferencias y deambulación 0, 5, 10 ó 15, y alimentación, vestido, uso del retrete, subir y bajar escaleras, vestirse y desvestirse y control de esfínter anal y vesical 0, 5 ó 10. Para cada área se eligió una opción y se obtuvo un total de puntos, al sumar cada una de las anteriores, oscilando entre 0 y 100, la interpretación sugerida por Shah et al sobre la puntuación es:

- 0-20 puntos: Dependencia total.
- 21-60 puntos: Dependencia severa.
- 61-90 puntos: Dependencia moderada.
- 91-99 puntos: Dependencia escasa.
- 100 puntos: Independencia.

7. ANALISIS DE LOS DATOS.

Se utilizó el paquete SPSS versión 11.0 en inglés, para el análisis de los datos. Se llevo a cabo un análisis descriptivo de las características de los pacientes y de los profesionales que participaron. Se determino el porcentaje de acuerdo de cada categoría por paciente, se investigo la concordancia con la W de Kendall para variabilidad interobservador entre los 6 observadores, entre personal médico y paramédico. Igualmente se determino el grado de concordancia de los 5 observadores con el investigador principal, tomándolo como referencia, por medio del coeficiente de concordancia Kappa.

8. CONSIDERACIONES ETICAS.

Los pacientes incluidos en el estudio firmaron una carta de consentimiento informado, siguiendo los lineamientos de la Declaración de Helsinki. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética Médica local de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Norte.

RESULTADOS

Previamente al inicio del presente trabajo de investigación, se elaboro una lista corta para la evaluación de pacientes con amputación de miembro pélvico, con categorías extraídas de la CIF, mediante la opinión de 2 expertos, 1 en el manejo de la CIF y 1 en rehabilitación, los cuales trabajaron conjuntamente para la selección de las mismas, tratando de abarcar al individuo en general y no a la patología, pero tomando en cuenta el enfoque de realizar una lista practica y útil en este tipo de pacientes. Esta lista fue utilizada posterior a la capacitación de participantes en el presente trabajo.

1ª FASE:

Se incluyeron a 5 profesionales de la salud, trabajadores de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Norte, para la capacitación en la CIF y participación en el estudio. De los cuales 2 fueron médicos especialistas en rehabilitación, con 5 y 8 años de práctica profesional, 1 terapeuta físico con 30 años, 1 enfermera general con 26 años y 1 trabajadora social con 22 años. La terapeuta físico y la trabajadora social en el momento del estudio se encontraban encargadas del grupo de pacientes con amputación de miembro pélvico.

Se llevo a cabo la capacitación mediante presentaciones, lecturas comentadas y ejercicios de casos estructurados para ese fin y otros extraídos de expedientes clínicos. Se dio a conocer la lista corta (anexo 3-A), solicitando revisarla y modificarla de acuerdo a su criterio y experiencia. Ninguna de las categorías seleccionadas cumplió criterios de eliminación, agregándose 2 categorías más por la opinión expresa de por lo menos 2 participantes, una de estructura corporal y una de actividad y participación.

s73001 Articulación del codo.

d4601 Desplazarse dentro de edificios que no son la propia vivienda.

Quedando como resultado la lista corta definitiva (anexo 3-B) con 102 categorías de las cuales 21 (20.5%) corresponden a Funciones corporales, 18 (17.6%) a Estructuras corporales, 43 (42.1%) a Actividad y Participación, y 20 (19.6%) a Factores ambientales distribuidas por categorías como se muestra en las tablas 1-4. En una columna de la parte lateral izquierda de la lista, se agrego el código asignado y su definición, extraída textualmente de la CIF, y posterior a ésta columnas para marcar la calificación obtenida al

aplicar la lista, la cual tenia opción del 0 al 4 de acuerdo al grado de dificultad o alteraciones y 8 y 9 cuando no fuera especificado o no aplicable al paciente. Lo anterior en base a como se a estado trabajando en varios estudios en la Universidad de Munich (core set). La validez de contenido de la lista corta se obtuvo por la opinión de 5 expertos en manejo de pacientes con amputación de miembro pélvico.

2ª FASE:

Se incluyeron a 5 pacientes con amputación de miembro pélvico captados en el área de consulta externa de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Norte. En la tabla 5 se muestran sus características generales, destacando que todos eran del sexo masculino, de edades entre 35 y 57 años, todos los pacientes eran la fuente de ingreso económico principal en casa. Con respecto a la amputación, el nivel de amputación fue por arriba de rodilla en 3 pacientes, 4 del lado derecho, con un tiempo de evolución de 2-15 meses, la causa principal fue por complicaciones de diabetes mellitus (4 pacientes).

A los participantes se les asigno un número progresivo para su identificación al momento de aplicar la lista corta a los pacientes seleccionados, quedando como observador 1 la trabajadora social, 2 médico rehabilitador, 3 terapeuta físico, 4 médico rehabilitador y 5 enfermera general. Los porcentajes de acuerdo entre los observadores variaron del 100% al 33.3% al analizar las categorías de cada paciente (tablas 6-9). Se observo falta de acuerdo de mas del 50% en 36 categorías del total de 102 (35.2%) que conforman la lista corta, el menor porcentaje se encontró en la categoría s770, e515 y e540 (36.6%) y el mayor en s7200, s7201 y s73001. Del capítulo de Funciones corporales el 4.7% de sus categorías presento un acuerdo menor al 50%, de Estructuras corporales el 22.2%, de Actividad y participación el 41.8%, y el 65% del capítulo de factores ambientales. Un porcentaje de acuerdo mayor al 85% se encontró en 18 categorías, de las cuales 4 (19% del capítulo), son de Funciones corporales, 9 (50%) de Estructuras corporales, de Actividad y participación 5 categorías (11.6%) y ninguna de Factores ambientales.

El rango medio de calificación por observador, global en los 5 pacientes varió de 3.11 a 4.05; la tabla 10-14 muestra la calificación media y su desviación estándar de cada paciente por observador, y por capítulo. Destacando que el observador que dio calificaciones menores fue el 3 y mayores el observador 2. La moda en la calificación otorgada por los observadores fue de 0, excepto para el paciente 4 por el observador 2

que presento moda de 4; en el paciente 5 por el observador 3, moda de 1 y por el observador 5, moda de 4.

Posterior a la aplicación de la lista corta en los 5 pacientes, ninguna categoría de las incluidas en el instrumento validado por consenso, se eliminó por no haberse calificado, o por presentar calificaciones de 8 ó 9, por lo anterior, todas las categorías se incluyeron en el análisis estadístico.

Para conocer el coeficiente de concordancia entre varios jueces u observadores se aplicó el coeficiente W de Kendall, en los 5 participantes, en cada paciente global y por capítulo, así como de profesional médico y paramédico (enfermera general, terapeuta físico y trabajadora social) (tabla 15-19), tomando como referencia que 0 = no acuerdo y 1 = completo acuerdo, con corte de $W \geq 0.7$. Solamente hubo acuerdo importante con significancia estadística entre los 6 observadores y entre los médicos en 1 capítulo de 1 paciente, $W = 0.736$ y 0.706 respectivamente; el personal paramédico obtuvo concordancia aceptable en 1 capítulo de 4 pacientes, con valores de $W = 0.819, 0.872, 0.900$ y 0.921 .

Al confrontar al investigador responsable, tomándolo como estándar de referencia, se aplicó la fórmula del coeficiente de Kappa, para evaluar el grado de concordancia entre 2 observadores debidos al azar (tabla 20), con valores de referencia de Kappa de <0 escasa concordancia, 0-0.20 concordancia leve, 0.21-0.40 mediana, 0.41-0.60 moderada, 0.61-0.80 sustancial y 0.81-1.00 concordancia casi perfecta, tomando como corte valores ≥ 0.60 que representa concordancia significativa. No se obtuvo concordancia significativa de ningún observador con el investigador principal, ni con los 2 médicos. El coeficiente de mayor valor fue de 0.58, correspondiendo a concordancia moderada, al confrontar con la trabajadora social. El valor de Kappa al evaluar a los 2 médicos, refleja una concordancia mediana (0.21).

DISTRIBUCION DE LAS CATEGORIAS DE LA CIF EN LA LISTA CORTA

TABLA 1.- CAPITULO 1, FUNCIONES CORPORALES

CAPITULO	CATEGORIAS
F. Mentales	6
F. Sensoriales y dolor	4
F. De los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio	3
F. De los sistemas digestivo, metabólico y endocrino	2
F. Genitourinarias y reproductoras	2
F. Neuromusculares y relacionadas con el movimiento	4
TOTAL	21

Fuente: HCD/ART-05

TABLA 2.- CAPITULO 2, ESTRUCTURAS CORPORALES

CAPITULO	CATEGORIAS
E. Relacionadas con el movimiento	17
Piel y estructuras relacionadas	1
TOTAL	18

Fuente: HCD/ART-05

TABLA 3.- CAPITULO 3, ACTIVIDAD Y PARTICIPACION

CAPITULO	CATEGORIAS
Movilidad	29
Autocuidado	5
Vida doméstica	2
Interacciones y relaciones interpersonales	3
Áreas principales de la vida	2
Vida comunitaria, social y cívica	1
TOTAL	43

Fuente: HCD/ART-05

TABLA 4.- CAPITULO 4, FACTORES AMBIENTALES

CAPITULO	CATEGORIA
Productos y tecnología	5
Apoyo y relaciones	5
Actitudes	5
Servicios, sistemas y políticas	5
TOTAL	20

Fuente: HCD/ART-05

TABLA 5.- CARACTERISTICA GENERALES DE LOS PACIENTES

CARACTERISTICA	FRECUENCIA
Genero	
Masculino	5
Edad	
31-40 años	2
41-50 años	1
50-60 años	2
Ocupación	
Chofer	2
Panadero	1
Obrero	1
Asesor de ventas	1
Escolaridad	
Primaria	1
Secundaria	2
Preparatoria	1
Licenciatura	1
Medio de transporte utilizado	
Automóvil propio	2
Transporte público	3
Casa	
Propia	3
Rentada	2
Barreras arquitectónicas	
Habitación planta alta	2
Escaleras	1
Ninguna	2
Nivel de amputación	
Arriba de rodilla	3
Debajo de rodilla	2
Lado de la amputación	
Derecho	4
Izquierdo	1
Causa de la amputación	
Traumática	1
Complicaciones DM	4
Fuente de ingreso económico	
Paciente	5

Fuente: HCD/ART-05

TABLA 6.- PORCENTAJE DE ACUERDO ENTRE OBSERVADORES POR CATEGORIA POR PACIENTE EN FUNCIONES CORPORALES.

CODIGO	% PAC 1	%PAC 2	% PAC 3	% PAC 4	% PAC 5	TOTAL %
b126	50	33.3	66.6	50	66.6	53.3
b130	66.6	50	66.6	50	66.6	59.9
b152	50	33.3	83.3	50	66.6	56.6
b1522	83.3	50	83.3	66.6	66.6	69.9
b180	66.6	50	83.3	50	50	59.9
b1801	50	33.3	83.3	50	50	53.32
b280	66.6	66.6	50	100	50	66.6
b2800	66.6	83.3	83.3	83.3	50	73.3
b2801	83.3	83.3	83.3	83.3	66.6	79.9
b28015	66.6	66.6	50	50	66.6	59.9
b435	100	83.3	66.6	83.3	66.6	79.9
b429	100	83.3	100	66.6	66.6	83.3
b455	100	33.3	83.3	83.3	50	69.9
b525	100	100	100	100	50	90
b530	100	100	83.3	100	50	86.6
b620	100	100	100	100	83.3	96.6
b640	100	83.3	100	66.6	50	79.9
b715	100	100	100	100	50	90
b730	83.3	50	66.6	50	50	59.9
b770	50	50	33.3	33.3	50	43.32
b780	50	50	50	66.6	50	53.32

Para definiciones de los códigos ver anexo 3-B

Fuente: HCD/ART-05

TABLA 7.- PORCENTAJE DE ACUERDO ENTRE OBSERVADORES POR CATEGORIA POR PACIENTE EN ESTRUCTURAS CORPORALES.

CODIGO	% PAC 1	%PAC 2	% PAC 3	% PAC 4	% PAC 5	TOTAL %
s7200	100	100	100	100	100	100
s7201	100	100	100	100	100	100
s73001	100	100	100	100	100	100
s73020	100	100	100	100	83.3	96.9
s73023	100	100	100	100	83.3	96.6
s740	83.3	83.3	83.3	83.3	66.6	79.9
s7400	83.3	83.3	83.3	83.3	66.6	79.9
s7402	83.3	83.3	83.3	83.3	66.6	79.9
s7403	83.3	100	83.3	83.3	66.6	83.3
s7408	83.3	100	100	83.3	100	93.3
s7409	83.3	100	100	83.3	100	93.3
s750	33.3	33.3	33.3	33.3	50	36.6
s7500	33.3	50	83.3	50	33.3	49.9
s7501	33.3	33.3	33.3	50	50	39.9
s7502	33.3	33.3	50	50	33.3	39.9
s76002	100	83.3	100	83.3	100	93.3
s770	83.3	66.6	83.3	83.3	66.6	76.6
s8104	83.3	100	100	83.3	83.3	89.9

Para definiciones de los códigos ver anexo 3-B

Fuente: HCD/ART-05

TABLA 8.- PORCENTAJE DE ACUERDO ENTRE OBSERVADORES POR CATEGORIA POR PACIENTE EN ACTIVIDAD Y PARTICIPACION.

CODIGO	% PAC 1	%PAC 2	% PAC 3	% PAC 4	% PAC 5	TOTAL %
d410	83.3	50	66.6	50	50	59.9
d4100	100	33.3	66.6	50	50	59.9
d4101	33.3	100	50	33.3	50	53.3
d4102	50	50	33.3	33.3	50	43.3
d4103	83.3	50	66.6	33.3	50	56.6
d4104	66.6	50	50	50	50	53.3
d4105	83.3	50	50	50	50	56.6
d415	50	50	50	33.3	33.3	43.3
d420	100	50	66.6	50	50	63.3
d4350	33.3	33.3	50	50	50	43.3
d4351	33.3	50	33.3	50	33.3	39.9
d4400	66.6	33.3	33.3	50	33.3	43.3
d4500	83.3	66.6	50	50	50	59.9
d4501	66.6	33.3	33.3	33.3	50	39.9
d4502	66.6	66.6	33.3	50	50	53.3
d4503	33.3	83.3	33.3	33.3	50	46.6
d455	50	33.3	50	50	33.3	43.3
d4550	83.3	50	50	50	33.3	53.3
d4551	66.6	33.3	33.3	33.3	50	43.3
d4552	50	33.3	33.3	50	66.6	46.6
d4553	50	33.3	66.6	50	66.6	53.3
d4554	66.6	33.3	66.6	33.3	33.3	46.6
d4600	83.3	83.3	66.6	66.6	66.6	56.6
d4601	83.3	33.3	50	33.3	50	49.9
d4602	83.3	33.3	33.3	66.6	33.3	49.9
d465	66.6	33.3	33.3	50	50	46.6
d4701	100	50	50	33.3	66.6	59.9
d4702	33.3	33.3	66.6	33.3	33.3	39.9
d4751	66.6	33.3	50	33.3	50	46.6
d510	100	83.3	100	83.3	66.6	86.6
d520	100	100	100	83.3	50	86.6
d530	100	100	100	83.3	66.6	89.9
d540	100	66.6	100	83.3	66.6	83.3
d570	100	83.3	83.3	66.6	50	76.6
d630	50	50	50	50	83.3	56.6
d640	66.6	50	50	50	66.6	56.6
d710	83.3	100	100	83.3	100	93.3
d760	83.3	83.3	100	83.3	100	89.9
d770	100	50	100	50	33.3	66.6
d850	33.3	66.6	33.3	50	33.3	43.3
d870	50	83.3	50	50	66.6	59.9
d910	66.6	33.3	50	50	50	49.9
d920	66.6	33.3	83.3	50	66.6	59.9

Para definiciones de los códigos ver anexo 3-B

Fuente: HCD/ART-05

TABLA 9.- PORCENTAJE DE ACUERDO ENTRE OBSERVADORES POR CATEGORIA POR PACIENTE EN FACTORES AMBIENTALES.

CODIGO	% PAC 1	%PAC 2	% PAC 3	% PAC 4	% PAC 5	TOTAL %
e115	50	83.3	50	33.3	33.3	49.98
e120	50	83.3	66.6	33.3	33.3	53.3
e135	50	83.3	50	33.3	33.3	49.9
e150	33.3	50	50	33.3	33.3	39.9
e155	50	83.3	50	33.3	33.3	49.9
e310	50	50	66.6	33.3	50	49.9
e315	50	50	66.6	50	33.3	49.9
e340	50	33.3	50	50	50	46.6
e355	50	66.6	50	33.3	66.6	53.3
e360	50	66.6	50	33.3	66.6	53.3
e410	50	66.6	50	33.3	50	49.9
e420	50	66.6	50	50	50	53.3
e425	50	66.6	50	50	50	53.3
e450	50	66.6	50	50	33.3	49.9
e460	50	33.3	50	50	33.3	43.3
e515	50	33.3	33.3	33.3	33.3	36.6
e540	33.3	33.3	33.3	50	33.3	36.6
e570	50	33.3	33.3	33.3	50	39.9
e580	66.6	50	33.3	66.6	50	53.3
e595	66.6	50	50	66.6	33.3	53.3

Para definiciones de los códigos ver anexo 3-B

Fuente: HCD/ART-05

TABLA 10.- CALIFICACION MEDIA POR OBSERVADORES EN EL PACIENTE 1

	Obs 1	Obs 2	Obs 3	Obs 4	Obs 5	Obs 6
Funciones corporales	0.19 ± 0.60	0.62 ± 1.02	0.57 ± 0.87	0.57 ± 1.07	0.33 ± 0.79	0.38 ± 0.92
Estructura corporales	0.44 ± 0.85	0.39 ± 0.50	0.61 ± 1.09	1.11 ± 1.84	0.44 ± 1.29	0.67 ± 1.28
Actividad y Participación	1.33 ± 2.94	2.05 ± 3.40	0.95 ± 2.05	1.58 ± 3.15	0.91 ± 1.29	1.67 ± 2.42
Factores ambientales	4.50 ± 1.53	5.25 ± 3.30	1.10 ± 1.55	1.35 ± 3.29	0.15 ± .67	1.90 ± 1.41
TOTAL	1.56 ± 2.56	2.09 ± 3.17	0.84 ± 1.60	1.25 ± 2.67	0.56 ± 1.12	1.27 ± 1.91

(Media ± Desviación estándar)

Fuente: HCD/ART-05

TABLA 11.- CALIFICACION MEDIA POR CAPITULO PACIENTE 2

	Obs 1	Obs 2	Obs 3	Obs 4	Obs 5	Obs 6
Funciones corporales	0.57 ± 0.92	0.57 ± 0.67	1.14 ± 1.27	0.86 ± 1.31	1.52 ± 1.25	0.48 ± 0.92
Estructura corporales	0.78 ± 1.51	0.44 ± 0.51	0.39 ± 0.97	0.56 ± 0.92	0.44 ± 1.29	0.56 ± 1.14
Actividad y Participación	2.79 ± 3.94	1.95 ± 1.23	0.88 ± 1.23	2.98 ± 3.02	2.05 ± 1.19	1.74 ± 2.41
Factores ambientales	2.30 ± 1.26	1.85 ± 1.49	0.75 ± 1.20	2.90 ± 4.14	1.05 ± 1.27	2.95 ± 1.39
TOTAL	1.88 ± 2.88	1.38 ± 1.29	0.82 ± 1.20	2.1 ± 2.95	1.4 ± 1.36	1.51 ± 1.99

(Media ± Desviación estándar)

Fuente: HCD/ART-05

TABLA 12.- CALIFICACION MEDIA POR CAPITULO PACIENTE 3

	Obs 1	Obs 2	Obs 3	Obs 4	Obs 5	Obs 6
Funciones corporales	1.00 ± 2.68	0.14 ± 0.47	0.19 ± 0.42	0,29 ± 0.64	1.71 ± 1.18	0.24 ± 0.76
Estructura corporales	0.28 ± 0.66	0.67 ± 0.97	0.33 ± 0.68	0.39 ± 1.14	0.67 ± 1.53	0.44 ± 0.85
Actividad y Participación	0.84 ± 2.32	2.88 ± 3.02	1.00 ± 1.15	1.81 ± 3.03	2.12 ± 1.17	1.33 ± 2.36
Factores ambientales	4.00 ± 0.00	3.40 ± 1.46	1.00 ± 1.68	1.35 ± 3.29	1.10 ± 1.44	3.75 ± 1.94
TOTAL	1.39 ± 2.34	2.03 ± 2.48	0.72 ± 1.15	1.16 ± 2.57	1.58 ± 1.40	1.42 ± 2.19

(Media ± Desviación estándar)

Fuente: HCD/ART-05

TABLA 13.- CALIFICACION MEDIA POR CAPITULO PACIENTE 4

	Obs 1	Obs 2	Obs 3	Obs 4	Obs 5	Obs 6
Funciones corporales	0.86 ± 2.00	0.52 ± 0.98	0.81 ± 0.98	0.10 ± 0.30	0.52 ± 0.87	0.67 ± 0.85
Estructura corporales	0.50 ± 1.15	2.17 ± 1.75	0.44 ± 1.04	0.67 ± 2.11	1.39 ± 2.54	0.50 ± 1.15
Actividad y Participación	1.19 ± 2.08	2.77 ± 1.50	0.56 ± 0.98	2.05 ± 3.00	1.93 ± 1.40	1.16 ± 1.75
Factores ambientales	3.50 ± 0.88	2.75 ± 1.20	0.90 ± 1.07	0.15 ± 0.67	1.40 ± 1.84	2.85 ± 1.13
TOTAL	1.45 ± 2.01	2.20 ± 1.64	0.66 ± 1.01	1.3 ± 2.32	1.44 ± 1.72	1.27 ± 1.60

(Media ± Desviación estándar)

Fuente: HCD/ART-05

TABLA 14.- CALIFICACION MEDIA POR CAPITULO PACIENTE 5

	Obs 1	Obs 2	Obs 3	Obs 4	Obs 5	Obs 6
Funciones corporales	1.10 ± 1.22	0.76 ± 1.04	1.62 ± 1.16	0.86 ± 1.10	1.38 ± 0.97	1.00 ± 1.00
Estructura corporales	0.94 ± 1.11	0.83 ± 0.98	0.56 ± 1.04	0.22 ± 0.64	1.06 ± 1.66	0.78 ± 1.51
Actividad y Participación	1.33 ± 2.66	2.28 ± 2.21	2.16 ± 1.19	0.74 ± 1.63	1.93 ± 1.40	1.14 ± 2.07
Factores ambientales	2.80 ± 1.24	4.00 ± 2.40	1.00 ± 0.00	1.35 ± 1.53	3.75 ± 0.55	3.45 ± 0.60
TOTAL	1.50 ± 2.04	2.05 ± 2.21	1.54 ± 1.20	0.79 ± 1.41	2.02 ± 1.54	1.50 ± 1.184

(Media ± Desviación estándar)

Fuente: HCD/ART-05

TABLA 15.- CONCORDANCIA DE LOS OBSERVADORES EN EL PACIENTE 1

	6 OBSERVADORES		MEDICOS		PARAMEDICOS	
	W	p	W	p	W	p
Funciones corporales	0.363	0.001	0.636	0.008	0.302	0.579
Estructura corporales	0.442	0.000	0.418	0.213	0.819**	0.001
Actividad y Participación	0.411	0.000	0.560	0.004	0.558	0.004
Factores ambientales	0.287	0.905	0.082	1.00	0.376	0.314
TOTAL	0.376	0.000	0.495	0.001	0.476	0.003

W = coeficiente de concordancia W de Kendall.

Fuente: HCD/ART-05

** Concordancia alta con significancia estadística.

TABLA 16.- CONCORDANCIA DE LOS OBSERVADORES EN EL PACIENTE 2

	6 OBSERVADORES		MEDICOS		PARAMEDICOS	
	W	p	W	p	W	p
Funciones corporales	0.485	0.000	0.582	0.020	0.512	0.059
Estructura corporales	0.652	0.000	0.694	0.006	0.872**	0.000
Actividad y Participación	0.483	0.000	0.639	0.000	0.516	0.013
Factores ambientales	0.257	0.597	0.127	0.993	0.305	0.562
TOTAL	0.502	0.000	0.597	0.000	0.530	0.000

W = coeficiente de concordancia W de Kendall.

Fuente: HCD/ART-05

** Concordancia alta con significancia estadística.

TABLA 17.- CONCORDANCIA DE LOS OBSERVADORES EN EL PACIENTE 3

	6 OBSERVADORES		MEDICOS		PARAMEDICOS	
	W	p	W	p	W	p
Funciones corporales	0.386	0.001	0.706**	0.000	0.392	0.265
Estructura corporales	0.736**	0.000	0.694	0.006	0.900**	0.000
Actividad y Participación	0.580	0.000	0.686	0.000	0.552	0.005
Factores ambientales	0.294	0.514	0.226	0.846	0.513	0.062
TOTAL	0.499	0.000	0.635	0.000	0.523	0.000

W = coeficiente de concordancia W de Kendall.

Fuente: HCD/ART-05

** Concordancia alta con significancia estadística.

TABLA 18.- CONCORDANCIA DE LOS OBSERVADORES EN EL PACIENTE 4

	6 OBSERVADORES		MEDICOS		PARAMEDICOS	
	W	p	W	p	W	p
Funciones corporales	0.316	0.003	0.587	0.019	0.370	0.331
Estructura corporales	0.475	0.000	0.368	0.347	0.921**	0.000
Actividad y Participación	0.472	0.000	0.565	0.004	0.523	0.011
Factores ambientales	0.257	0.791	0.203	0.903	0.248	0.775
TOTAL	0.397	0.000	0.495	0.001	0.526	0.000

W = coeficiente de concordancia W de Kendall.

Fuente: HCD/ART-05

** Concordancia alta con significancia estadística.

TABLA 19.- CONCORDANCIA DE LOS OBSERVADORES EN EL PACIENTE 5

	6 OBSERVADORES		MEDICOS		PARAMEDICOS	
	W	p	W	p	W	p
Funciones corporales	0.338	0.028	0.626	0.010	0.491	0.079
Estructura corporales	0.626	0.000	0.651	0.011	0.694	0.006
Actividad y Participación	0.534	0.000	0.650	0.000	0.586	0.002
Factores ambientales	0.396	0.063	0.285	0.641	0.406	0.231
TOTAL	0.502	0.000	0.647	0.000	0.543	0.000

W = coeficiente de concordancia W de Kendall.

Fuente: HCD/ART-05

** Concordancia alta con significancia estadística.

TABLA 20.- CONCORDANCIA DE ESTANDAR VS OBSERVADORES

OBSERVADOR	KAPPA	p
1	0.583	0.000
2	0.367	0.000
3	0.163	0.000
4	0.321	0.000
5	0.285	0.000

Kappa, coeficiente de concordancia, ≥ 0.60 = significancia estadística. Fuente: HCD/ART-05

DISCUSION

La CIF, aprobada en mayo del 2001 por la OMS, es el resultado de 10 años de revisión de un grupo de expertos. Su objetivo es la unificación en el lenguaje en estados de la salud y relacionados con está, así como brindar un marco conceptual de referencia. Se ha planteado la necesidad de utilizarla en estudios de investigación para contar con datos objetivos⁴⁻⁶. Para tal efecto es necesario el conocimiento adecuado de la misma, por lo que se recomienda difundirla al personal médico y paramédico, por lo anterior se dio capacitación en la CIF al personal participante, como lo menciona necesario Echevarria³⁰.

Las bases conceptuales de la CIF proponen evaluar al individuo en sus múltiples dimensiones, sin embargo la complejidad de aplicar toda la clasificación a un paciente hace necesario que se busquen listados por patologías, como se refiere en varios estudios multicéntricos, realizados en Alemania por Cieza, Stucki, Brockow, Dreinhofery Rouf^{1,2,7,17-25}, Callaghan³¹, y Johanson³² donde por medio de opinión y consenso de expertos realizaron listas cortas para patologías específicas como un primer paso, para su futura evaluación. Por lo que en este trabajo se trato de llevar el mismo proceso, para obtener un instrumento que auxilie en la evaluación funcional de pacientes con amputación de miembro pélvico por consenso de expertos, con el objetivo de evaluar al individuo en general y no a la patología específica como lo destaca García¹¹ al evaluar distintas escalas para la valoración de pacientes amputados y Cieza, Stucki¹⁷⁻²⁵. Tratando de abarcar y reflejar completamente el estado funcional del paciente con amputación de miembro pélvico, y con el menor número posible para ser practica.

La CIF propone que no solo el médico puede calificar y clasificar a pacientes o individuos, como se ha hecho en España por Sáenz⁵, que igualmente menciona la necesidad de conocer el grado de acuerdo entre los distintos profesionales susceptibles a aplicar o utilizar la CIF. Por lo tanto la intervención de varios observadores permite evaluar el grado de acuerdo entre ellos, como lo plantea Sáenz⁵, Cohen¹³, Echevarria²⁹ y Heerkens³³, ya que la CIF plantea poder ser utilizada por cualquier miembro del equipo de salud y por lo tanto es importante que todos aquellos que utilicen la CIF valoren lo mismo y de igual manera^{2,4,14,29}.

Derivado del presente estudio, así como del análisis realizado para evaluar el grado de concordancia entre observadores, mediante las pruebas estadísticas para conocer este coeficiente por Kappa y la W de Kendall, no se encontró una concordancia estadísticamente significativa de manera global en todos los pacientes, así como de cada una de sus partes o capítulos como los agrupa la CIF. Lo cual es comparable con un trabajo realizado en el Hospital de Nostra Senyora de Meritxell, al evaluar la concordancia entre un médico rehabilitador y un terapeuta físico en pacientes con lumbalgia al aplicar la CIF⁵. La única concordancia encontrada al analizar por capítulos y observadores, fue entre personal paramédico en 1 capítulo (estructuras corporales) de 4 pacientes, y en el personal médico en 1 capítulo (funciones corporales) de 1 paciente.

Sin embargo cabe recalcar que la CIF en su marco conceptual, va dirigido tanto a profesional médico como no médico, como lo enfatiza Heerkens³³ en una evaluación que hace de la aplicación de la CIF en personal de la salud. Cabría esperar mayor acuerdo entre profesionales médicos, ya que se asume tienen un lenguaje y criterios unificados, por su formación, conocimientos y práctica profesional, en este caso, del mismo tipo de pacientes³³. Sin embargo debido a que los conceptos de la CIF, tienden a ser más genéricos que específicos, es posible se encuentre mayor concordancia entre los paramédicos que entre los médicos. Esta falta de acuerdo puede ser por varias causas, entre ellas la falta de operacionalización de las definiciones de cada categoría incluida en la CIF, ya que a pesar de contar con ellas cada persona (médico o no) éstas pueden ser interpretadas de manera diferente, y más aún cuando lo que se entendió de esa definición se tiene que transmitir a otras personas con diferente grado de formación. Por lo que Heerkens ha sugerido realizar adaptaciones o modificaciones clínicas para cada profesional de la salud³³. y Mbogoni³⁴ y Bornean³⁶ mejorar su terminología y estandarizar las preguntas a utilizar. También es importante señalar el grado de conocimiento del instrumento por aplicar, del cual depende el éxito en su entendimiento y adecuada aplicación, Echevarría³⁰. Por lo que al analizar los resultados, pareciera que la capacitación en la CIF presento algunas deficiencias, que sería interesante e importante evaluarla en un futuro.

Es importante destacar la forma de obtención de los datos, como menciona la CIF estos pueden obtenerse mediante observación, cuestionamiento al paciente o al familiar⁴, por lo tanto esto también influye en la calificación obtenida, ya que el familiar puede no

captar adecuadamente la trascendencia e impacto de alguna patología o alteración sobre el paciente sub o sobrestimándola. Analizando otras causas de los resultados, es posible que la terapeuta física, por su rol y contacto estrecho con el paciente se valió más de la observación que del cuestionamiento directo. Recordando que la CIF no distingue ni género, ni cultura ni nivel socioeconómico, es interesante mencionar que algunas categorías no pudieron ser evaluadas o aplicadas por los participantes, por ejemplo, en el capítulo de Actividad y Participación, la categoría “d640 Realizar los quehaceres de la casa (limpiar la casa, lavar)”, se calificó como no aplicable o no especificada, probablemente por el género de los pacientes estudiados. Lo cual probablemente se relacione con el concepto de género que se conceptualiza.

Igualmente importante en la calificación de cada paciente son los valores establecidos por la CIF, dando lugar a la subjetividad del paciente, del familiar o del observador. Debido a la subjetividad de las escalas para la posible respuestas, las cuales son de características cualitativas y no cuantitativas, ya que las opciones de respuesta van de deficiencia leve -poca, escasa- (5-24%), moderada -media, regular- (25-49%), grave -muchas, extrema- (50-95%) o completa -total- (96-100%). Por lo tanto dichas calificaciones pueden ser utilizadas de forma muy subjetiva por el observador. Actualmente en el Instituto se está utilizando como una propuesta para evaluar la funcionalidad la “Medida de la Independencia Funcional”, (comunicación personal, Díaz V, Coordinación de Salud, Control de Prestaciones Médicas, IMSS, 2005). Por lo tanto es importante unificar criterios y lenguaje con respecto a cada definición y a la calificación posible por obtener^{33,34,35}.

Al difundir el concepto y marco de referencia de la CIF en el personal de salud, se persigue introducir la percepción del paciente como individuo en forma global, con funciones, estructuras, medio ambiente, sistemas de salud, etc; es decir, al individuo incluido e interactuando en la sociedad. Es importante, en este caso en particular, poder contar con un instrumento para la evaluación del paciente con amputación de miembro pélvico, que lo haga de forma global y no atendiendo un problema específico, como las que actualmente se utilizan, referidas por García¹¹, concluye que has escalas para valorar funcionalidad o muy generales como el Barthel, o con puntos específicos a evaluar, como Edinburg Rehabilitation Status Scale que se puede utilizar para evaluar al paciente como individuo, programas de cuidado y seguimiento y comprobar eficacia de los servicios;

Escala de Enneking que evalúa aspectos como dolor aceptación emocional, uso de soportes externos, modo de andar, etc, o el Prostetic Profile of Amputee para evaluar la frecuencia y nivel funcional del uso protésico. En este estudio se aplico como protocolo de rutina en la valoración de la funcionalidad, la escala de Barthel, sin embargo no es posible relacionarla con la CIF debido a que ambas evalúan al paciente de manera diferente. Dejando ver a simple vista el mayor grado de detalle y evaluación global de la CIF.

CONCLUSIONES

La aplicación de la CIF de manera generalizada en los sistemas de salud debe estar precedida de:

- Capacitación sobre la CIF en profesionales de la salud, determinando concretamente el perfecto entendimiento y comprensión de la misma, ampliando el número de horas y ejercicios prácticos con expedientes, casos clínicos y pacientes si fuera necesario.
- Convendría operacionalizar adecuadamente las definiciones de la CIF, para poder interrogar sobre éstas de forma más específica y tratando de disminuir al máximo el grado de interpretación personal. Para poder partir de una instrumento específico y obtener su validez de forma confiable.
- Concluimos que no hay concordancia entre profesionales de la salud al aplicar la lista corta extraída de la CIF a pacientes con amputación de miembro pélvico.
- Se sugiere analizar la lista corta y cada una de las calificaciones posibles, así como el modo de obtenerlas por los que la utilicen y para poder tener mayor grado de acuerdo entre varios profesionales.
- Sugerimos continuar trabajando en la lista corta y su validación para poder contar con un instrumento útil en la evaluación de los pacientes con amputación de miembro pélvico.
- Es necesario e importante la difusión de las características, concepto y marco conceptual de la CIF en profesionales de la salud para que pueda llegar a utilizarse adecuadamente así como para ampliar la perspectiva de cada paciente sin importar la patología o alteración que presente.

BIBLIOGRAFIA

1. Stucki G, Ewert T, Cieza A. Value and application of de ICF in rehabilitation medicine. *Disability and Rehabilitation*, 2003; 25 (11-12): 628-34.
2. Stucki G, Cieza A. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) Core Sets for rheumatoid arthritis: a way to specific functioning. *Ann Rheum Dis*, 2004; 63 (Suppl II): ii40-ii45.
3. Roda C, Climent B, Serralta D, y cols. Comparación entre la utilidad de una escala de valoración funcional y un perfil de salud en una muestra de pacientes hemipléjicos. *Rehabilitación*, 1993; 27 (5): 340-42.
4. Organización Mundial de la Salud/ Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. CIF. 2001.
5. Sáenz G, Avellaned V, Rodrigo C, y cols. Estudio de la concordancia de la clasificación internacional de funcionamiento en pacientes con lumbalgia. *Rehabilitación*, 2004; 38 (1): 23-9.
6. Arthanat S, Nochajski S, Stone J. The international classification of functioning, disability and health and its application to cognitive disorders. *Disability and Rehabilitation*, 2004; 26 (4): 235-45.
7. Stucki G, Ewert T, Cieza A, y cols. Application of the international classification of functioning, disability and health. (ICF) in clinical practice. *Disability and Rehabilitation*, 2002; 24 (5): 281-82.
8. Cruz H. La clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF) y la medicina de rehabilitación. *Rehabilitación*, 2002; 36 (1): 1-2.
9. Heck R, Carnesale P. Principios generales de las amputaciones. En: Canale Terry, editor. *Campbell Cirugía Ortopédica*. Décima edición, volumen uno, Madrid España, 2004, pp: 537-538.
10. Serra Gabriel Ma., *Fisioterapia en Traumatología, Ortopedia y Reumatología*. Editorial Springer, 1997.
11. Garcia O, Echevarría R, Sanchez N, y cols. Escalas de valoración funcional en el paciente amputado. *Rehabilitación*, 1998; 32: 113-25.
12. Florez G. Escalas de valoración funcional. Aplicaciones, características y criterios de selección. *Rehabilitación*, 1994; 28 (6): 373-76.

13. Cohen M, Marino R. The Tools of Disability Outcomes Research Functional Status Measures. *Arch Phys Med Rehabil*, 2000; 81 (Sup 2): 21-9.
14. Valverde C, Florez G, Sanchez B. Escalas de actividades de la vida diaria. *Rehabilitación*, 1994; 28 (6): 377-88.
15. Collin C. The Barthel ADL Index: a reliability study. *Int Disabil Stud*, 1988; 10 (2): 61-3.
16. Gosman-Hedström G, Svensson E. Parallel reliability of the Functional Independence Measure and the Barthel ADL index. *Disability and Rehabilitation*, 2000; 22 (16): 702-15.
17. Cieza A, Stucki G, Weigl M. ICF Core Set for Low Back Pain. *J Rehabil Med*, 2004; 36 (Sup 44): 69-74.
18. Cieza A, Schwarzkopf S, Sigl T. ICF Core Set for Osteoporosis. *J Rehabil Med*, 2004; 36 (Sup 44): 81-86.
19. Stucki G, Cieza A, Geyh S. ICF Core Set for Rheumatoid Arthritis. *J Rehabil Med*, 2004; 36 (Sup 44): 87-93.
20. Dreinhofer K, Stucki G, Ewert T. ICF Core Set for Osteoarthritis. *J Rehabil Med*, 2004; 36 (Sup 44): 75-80.
21. Cieza A, Stucki G, Weigl M. ICF Core Set for Chronic Widespread Pain. *J Rehabil Med*, 2004; 36 (Sup 44): 63-8
22. Cieza A, Chatterji S, Andersen C. ICF Core Set for Depression. *J Rehabil Med*, 2004; 36 (Sup 44): 128-34.
23. Stucki A, Daansen P, Fuessi M. ICF Core Set for Obesity. *J Rehabil Med*, 2004; 36 (Sup 44): 107-13.
24. Stucki A, Stoll T, Cieza A. ICF Core Set for Obstructive Pulmonary Diseases. *J Rehabil Med*, 2004; 36 (Sup 44): 114-20.
25. Ruof J, Cieza A, Wolff B. ICF Core Sets for Diabetes Mellitus. *J Rehabil Med*, 2004; 36 (Sup 44): 100-106.
26. Weigl M, Cieza A, Andersen C. Identification of Relevant ICF Categories in Patients with Chronic Health Conditions: A Delphi Exercise. *J Rehabil Med*, 2004; 36 (Sup 44): 12-21.
27. Ewert T, Fuessi M, Cieza A. Identification of the Most Common Patient Problems in Patients with Chronic Conditions using de ICF Checklist. *J Rehabil Med*, 2004; 36 (Sup 44): 22-9.

28. Brockow T, Cieza A, Kuhlow H. Identifying the Concepts Contained in Outcome Measures of Clinical Trials on Musculoskeletal Disorders and Chronic Widespread Pain Using the International Classification of Functioning, Disability and Health as a Reference. *J Rehabil Med*, 2004; 36 (Sup 44): 30-6.
29. Echevarría R, Zarco P, Fernández P. Escalas de valoración funcional para consultas externas en medicina de rehabilitación. Escala de Valoración Funcional Virgen del Rocío (EVFvr). *Rehabilitación*, 2004; 38 (5): 227-34.
30. Echevarría R, Gonzalez C, Bascuñana H. Análisis y evaluación de la utilidad de seminarios sobre una escala de valoración de funcionalidad en Rehabilitación. *Rehabilitación*, 2002; 36 (4): 215-8.
31. Callaghan B, Sockalingam S, Treweek S. A post-discharge functional outcome measure for lower limb amputees: test-retest reliability with trans-tibial amputees. *Prosthetics and Orthotics International*, 2001; 26; 113-9.
32. Johanson N, Liang M, Daltroy Lawren. American Academy of Orthopaedic Surgeons Lower Limb Outcome Assesment Intruments. *J Bone & Joint Surgery*, 2004; 86-A (5): 902-9.
33. Heerkens Y, Van Der Brug Y, Ten H. Past an future use of the ICF (former ICIDH) by nursing and allied health professional. *Disability and Rehabilitation*, 2003; 25 (11-12): 620-7.
34. Mbogoni M. On the application of the ICIDH and ICF in developing countries: evidence from de Unitated Nations Disability Statistics Database (DISTAT). *Disability and Rehabilitation*, 2003; 25 (11-12): 644-58.
35. Bomman J. The World Health Organisation's terminology and classification: application to severe disability. *Disability and Rehabilitation*, 2004; 26 (3): 182-8.
36. Gómez J, Tris M, Jiménez M. Protocolos de valoración funcional en el discapacitado: revisión bibliográfica.

ANEXO 1

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

TITULO DEL ESTUDIO:

“Validación de una lista corta de La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, en la evaluación funcional de pacientes con amputación de miembro pélvico.”

El presente estudio se realizará en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación, Región Norte. UMAE Magdalena de las Salinas. Instituto Mexicano del Seguro Social. El principal investigador será la Dra. Alejandra Rodríguez Toscano. El objetivo de este estudio es validar una lista corta de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), para la evaluación funcional de pacientes amputados de miembro pélvico.

PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO:

1. A cada paciente con amputación de miembro pélvico que ingrese al servicio de Medicina Interna y Cirugía y que cubra los criterios de inclusión, se le explicará sobre el presente estudio y se solicitarán sus datos generales y de localización a fin de incluirlos a la base de datos.
2. Se pedirá a los pacientes llenen completamente y firmen la hoja de consentimiento informado para autorización de la aplicación de las preguntas.
3. Se realizarán una serie de preguntas para valorar la funcionalidad del paciente con amputación de miembro pélvico, las cuales cubren funciones y estructuras corporales, actividad, participación y factores ambientales por 5 personas del área de la salud, en diferente momento, en el consultorio No. 8, en el área de tratamientos, en el aula 1 y/o en oficinas de trabajo social de la UMFRN.

El paciente no será expuesto a ningún riesgo adicional al inherente a la afección que ya presenta y del tratamiento habitual de dicha lesión. Su participación implica en responder varias preguntas realizadas por 5 personas diferentes en diferente momento. Así como acudir a las valoraciones subsecuentes de su evolución y sus terapias programadas, ya que su participación en este estudio es INDEPENDIENTE del tratamiento y del manejo habitual del servicio.

Con el presente estudio se espera identificar los puntos de importancia para valorar la funcionalidad en pacientes con amputación de miembro pélvico, y hacer válidos dichos puntos. Durante su participación en este estudio, el paciente y sus familiares podrán resolver sus dudas sobre el tratamiento y la evolución, no resueltas en su consulta habitual dentro del servicio de Medicina Interna y Cirugía de esta unidad.

Su participación en el estudio tendrá una duración de alrededor de un mes. El presente estudio no tendrá ningún costo para usted. El paciente no recibirá ninguna compensación por enrolarse en el presente estudio. Se garantiza por parte de los autores del estudio su identidad será mantenida en forma confidencial conforme a lo señalado por la ley.

La participación es voluntaria. El Paciente puede hacer cualquier pregunta relacionada con este estudio y tienen derecho a obtener respuestas adecuadas. **Si el paciente decide no participar**, eso no será obstáculo para ningún tratamiento médico que este recibiendo o que tenga que recibir y no afectará la calidad de sus consultas médicas y/o sesiones de terapia actuales o futuras en los servicios que ofrece el la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Norte. Se le proporcionará una copia de este consentimiento informado y podrá preguntar cualquier otra duda en cualquier momento durante el estudio, llamando al teléfono 5650-5252 con la Dra. Alejandra Rodríguez Toscano.

1. He leído el consentimiento informado para este estudio. Se me ha explicado la naturaleza, el objetivo, la duración, los efectos y riesgos predecibles del estudio y lo que se espera de mí. Se han contestado todas mis dudas a mi entera satisfacción.
2. Estoy de acuerdo en participar en este estudio.
3. Entiendo que mi participación en el estudio es voluntaria y de que puedo rehusarme a participar o puedo retirarme del mismo en cualquier momento, sin penalización o pérdida de los beneficios a los que tengo derecho. También entiendo que se me dará a conocer cualquier otra información que surja durante el estudio que pueda afectar mi deseo de participar en el mismo.
4. Estoy de acuerdo en que los resultados del estudio pueden darse a conocer a las autoridades pertinentes. Mi nombre y dirección se mantendrán confidenciales.
5. Es probable que representantes del patrocinador, comité de ética independiente / consejo de revisión institucional o autoridades regulatorias locales o extranjeras deseen examinar mis registros médicos para verificar la información recopilada. Al firmar este documento, autorizo a que se revisen mis registros.

México; D. F. a ____ de _____ de 200__.

PACIENTE:

Firma: _____

Nombre: _____

Domicilio _____

TESTIGO 1:

Firma: _____

Nombre _____

Domicilio _____

TESTIGO 2:

Firma: _____

Nombre: _____

Domicilio: _____

Confirmando que personalmente le he explicado a la persona cuyo nombre aparece arriba la naturaleza, objetivo y duración del estudio:

INVESTIGADOR:

Firma: _____

Nombre: _____

Domicilio: _____

ANEXO 2

PROGRAMA DE CAPACITACION DE LA CLASIFICACION INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO, DE LA DISCAPACIDAD Y DE LA SALUD EN PERSONAL DE SALUD EN LA UMFRRN, IMSS.

SESION "DISCAPACIDAD Y MODELOS DE DISCAPACIDAD"

19-ABRIL-2005 12:30-14:00 HRS.

Responsable: Dra. Patricia Nilda Soliz Sánchez.

12:30-12:40 hrs. PRESENTACIÓN DE PONENTES Y OBJETIVOS DEL CURSO.

12:40- 13:00 DIFUSIÓN.

- Concepto de familia de clasificaciones OMS.
- Importancia y relación CIE-10 y CIF.
- Principales características de la CIF.
- Razón de lanzamiento.

Dra. Patricia Nilda Soliz Sánchez.

13:00-13:10 Preguntas y respuestas.

LECTURA COMENTADA

13:10-13:15 hrs INTRODUCCION.

Dra. Alejandra Rodríguez Toscano.

13:15-13:50 LECTURA DE "MODELOS DE DISCAPACIDAD".

Discusión: formando 2 equipos, obteniendo características de cada modelo así como ventajas:

- 1 equipo el modelo médico-biológico, social y político-activista.
- 1 equipo el modelo universal y biopsicosocial.

13:50-14:00 CONCLUSIONES:

- Reconocer los modelos de discapacidad analizados.
- Enumerar características de cada uno.
- Reconocer ventajas y utilidades de los modelos expuestos.

Material requerido:

- Computadora y aparato de proyección.
- Texto de "Modelos de discapacidad" para cada uno de los participantes.

SESION "CARACTERISTICAS Y TERMINOLOGIA DE LA CIF".

21. ABRIL.2005 12:30-13:55 HRS.

Responsable: Dra. Patricia Nilda Soliz Sánchez.

Dra. Verónica López Roldan.

TALLER- Lecturas comentadas.

12:30-12:45 hrs. LECTURA DE "FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DE LA CIF.

12:45-13:05 hrs. DISCUSIÓN: FORMANDO 2 EQUIPOS, OBTENIENDO:

- 1 equipo objetivos y propiedades de la CIF.
- 1 equipo estructura de la CIF.

13:05-13:25 LECTURA DE "TAXONOMÍA Y TERMINOLOGÍA"

13:25-13:45 DISCUSIÓN: FORMANDO 2 EQUIPOS, ANALIZANDO Y OBTENIENDO:

- 1 equipo conceptos de condición de salud, dominio, estado de salud y dominio de salud, estado "relacionado con la salud" y dominio "relacionado con la salud", bienestar, funcionamiento y discapacidad, funciones corporales, estructuras corporales, deficiencia.
- 1 equipo, conceptos de actividad, limitación en la actividad, participación, restricción en la participación, desempeño/realización, capacidad, factores contextuales, factores ambientales, factores personales, facilitadores y barreras.

13:45-14:00

CONCLUSIONES:

- Objetivos y propiedades de la CIF.
- Estructura de la CIF.
- Conceptos de parte, componente, constructo, dominio, categoría y nivel.
- Principios en que se fundamenta la CIF.
- Principales definiciones de la CIF.

Material requerido:

- Textos de "Fundamentación teórica de CIF" y "Taxonomía y terminología" para cada uno de los participantes.

SESION "ANÁLISIS DE LOS COMPONENTES DE LA CIF"

26. ABRIL.2005

12:30-13:55 HRS.

Responsable: Dra. Verónica López Roldan.

Dra. Patricia Nilda Soliz Sánchez.

Dra. Alejandra Rodríguez Toscano.

TALLER-Lectura comentada, y ejercicios con historias clínicas.

12:30-12:40 hrs. LECTURA DE "ANÁLISIS DE LOS COMPONENTES DE LA CIF".

12:40-13:00 hrs. DISCUSIÓN: FORMANDO 2 EQUIPOS, OBTENIENDO:

- 1 equipo identificar definiciones y niveles de clasificación de las funciones y estructuras corporales.

- 1 equipo identifica definiciones y niveles de clasificación de actividades y participación y factores contextuales.

13:00-14:45

EJERCICIOS CON EXPEDIENTES CLÍNICOS E HISTORIAS CLÍNICAS.

Trabajo en 2 equipos:

- Identificar los componentes de la CIF en las historias clínicas y expedientes.
- Exponer dificultades y dudas para clasificar e identificar dichos componentes.

13:45-14:00

CONCLUSIONES:

- Definir función y estructura corporal.
- Definir actividad y participación y factores ambientales.
- Identificar niveles de clasificación de los componentes.
- Comentarios sobre el uso y aplicación de la CIF.

Material requerido:

- Textos de "Análisis de los componentes de la CIF" para cada uno de los participantes.
- Historias clínicas y notas extraídas de expedientes clínicos.
- Libros de clasificaciones.

SESION "APLICACIÓN DE LA CIF EN PACIENTES CON AMPUTACION DE MIEMBRO PELVICO, LISTA CORTA".

28. ABRIL.2005

12:30-13:55 HRS.

Responsable: Dra. Verónica López Roldan.

Dra. Alejandra Rodríguez Toscano.

Dra. Patricia Nilda Soliz Sánchez.

12:30-12:45 hrs.

INSTRUMENTOS DE LA CIF.

Checklist.

WHODAS.

Dra. Patricia Nilda Soliz Sánchez.

12:45-13:00 hrs.

PROTOCOLO DE INVESTIGACION.

Objetivos.

Justificación.

Material y métodos.

Recolección y análisis de datos.

Dra. Alejandra Rodríguez Toscano.

13:00-13:05

Preguntas y respuestas.

13:05-13:40

LISTA CORTA PARA PACIENTES CON AMPUTACIÓN DE MIEMBRO PÉLVICO.

- Conocer y valorar las categorías seleccionadas.
- Mencionar ventajas y desventajas de las anteriores.

Material requerido:

- Computadora y equipo de proyección
- Instrumentos de la CIF, checklist, WHODAS, para los participantes.
- Lista corta para valorar funcionalidad de pacientes con amputación de miembro pélvico.

SESION “ANALISIS Y MODIFICACION DE LISTA CORTA PARA LA VALIDACION DE PACIENTES CON AMPUTACION DE MIEMBRO PELVICO”.

05. MAYO.2005

12:30-13:40 HRS.

Responsable: Dra. Verónica López Roldan.

Dra. Alejandra Rodríguez Toscano.

12:30-13:30 hrs.

MODIFICAR LISTA CORTA PARA PACIENTES CON AMPUTACIÓN DE MIEMBRO PÉLVICO.

- Solicitar agregar o eliminar categorías en base a la CIF para la valoración de la funcionalidad de pacientes con amputación de miembro pélvico.
- Identificar ventajas y desventajas de las mismas.
- Comentarios personales a la lista corta.

Material requerido:

- Lista corta para valorar funcionalidad de pacientes con amputación de miembro pélvico.

ANEXO 3-A

**LISTA CORTA DE LA CIF PARA LA VALORACION FUNCIONAL DE PACIENTES
CON AMPUTACION DE MIEMBRO PELVICO.
FORMATO INICIAL, OBTENIDA EN LA PRUEBA PILOTO.**

LISTA CORTA DE LA CIF PARA LA VALORACION FUNCIONAL DE PACIENTES CON AMPUTACION DE MIEMBRO PELVICO									
	CÓDIGO	FUNCIONES CORPORALES	0	1	2	3	4	8	9
1	b126	Funciones del temperamento y la personalidad							
2	b130	Funciones relacionadas con la energía y los impulsos							
3	b152	Funciones emocionales							
4	b1522	Rango de la emoción							
5	b180	Experiencias relacionadas con uno mismo y con el tiempo							
6	b1801	Imagen corporal							
7	b280	Sensación de dolor							
8	b2800	Dolor generalizado							
9	b2801	Dolor en una parte del cuerpo							
10	b28015	Dolor en una extremidad inferior							
11	b435	Funciones del sistema inmunológico							
12	b429	Funciones del sistema cardiovascular, otras especificadas y no especificadas.							
13	b455	Funciones relacionadas con la tolerancia al ejercicio							
14	b525	Funciones relacionadas con la defecación							
15	b530	Funciones relacionadas con el mantenimiento del peso							
16	b620	Funciones urinarias							
17	b640	Funciones sexuales							
18	b715	Funciones relacionadas con la estabilidad de las articulaciones							
19	b730	Funciones relacionadas con la fuerza muscular							
20	b770	Funciones relacionadas con el patrón de la marcha							
21	b780	Sensaciones relacionadas con los músculos y las funciones del movimiento							

CALIFICADOR		
0	No hay dificultad	Ninguna, insignificante
1	Dificultad ligera	Poca, escasa
2	Dificultad moderada	Media, regular
3	Dificultad grave	Mucha, extrema
4	Dificultad completa	Total
8	Sin especificar	
9	No aplicable	

**LISTA CORTA DE LA CIF PARA LA VALORACION FUNCIONAL DE PACIENTES
CON AMPUTACION DE MIEMBRO PELVICO**

	CÓDIGO	ESTRUCTURAS CORPORALES	0	1	2	3	4	8	9
1	s7200	Huesos de la región del hombro							
2	s7201	Articulaciones de la región del hombro							
3	s73020	Huesos de la mano							
4	s73029	Ligamentos y fascias de la mano							
5	s740	Estructura de la región pélvica							
6	s7400	Huesos de la región pélvica							
7	s7402	Músculos de la región pélvica							
8	s7403	Ligamentos y fascias de la región pélvica							
9	s7408	Estructura de la región pélvica, otra especificada							
10	s7409	Estructura de la región pélvica, no especificada							
11	s750	Estructura de la extremidad inferior							
12	s7500	Estructura del muslo							
13	s7501	Estructura de la pierna							
14	s7502	Estructura del tobillo y pie							
15	s770	Estructuras musculoesqueléticas adicionales relacionadas con el movimiento							
16	s75002	Columna vertebral lumbar							
17	s8104	Piel de la extremidad inferior							

CALIFICADOR		
0	No hay deficiencia	Ninguna, insignificante
1	Deficiencia ligera	Poca, escasa
2	Deficiencia moderada	Media, regular
3	Deficiencia grave	Mucha, extrema
4	Deficiencia completa	Total
8	Sin especificar	
9	No aplicable	

**LISTA CORTA DE LA CIF PARA LA VALORACION FUNCIONAL DE PACIENTES
CON AMPUTACION DE MIEMBRO PELVICO**

	CÓDIGO	ACTIVIDADES Y PARTICIPACION	0	1	2	3	4	8	9
1	d410	Cambiar las posturas corporales básicas							
2	d4100	Tumbarse							
3	d4101	Ponerse en cuclillas							
4	d4102	Ponerse de rodillas							
5	d4103	Sentarse							
6	d4104	Ponerse de pie							
7	d4105	Inclinarse							
8	d415	Mantener la posición del cuerpo							
9	d420	Transferir el propio cuerpo							
10	D4350	Empujar con extremidades inferiores							
11	d4351	Dar patadas							
12	d4400	Recoger objetos							
13	d4500	Andar distancias cortas							
14	d4501	Andar distancias largas							
15	d4502	Andar sobre diferentes superficies							
16	d4503	Andar sorteando obstáculos							
17	d4550	Arrastrarse							
18	d4551	Trepar							
19	d4552	Correr							
20	d4553	Saltar							
21	d4554	Nadar							
22	d455	Desplazarse por el entorno							
23	d4600	Desplazarse dentro de la casa							
24	d4602	Desplazarse fuera del hogar							
25	d465	Desplazarse utilizando algún tipo de equipamiento							
26	d4701	Desplazarse usando vehículo de motor privado							
27	d4702	Desplazarse usando vehículo de motor público							
28	d4751	Conducción de un vehículo con motor							
29	d510	Lavarse							
30	d520	Cuidado de partes del cuerpo							
31	d530	Higiene personal relacionada con los procesos de excreción							
32	d540	Vestirse							
33	d570	Cuidado de la propia salud							
34	d630	Preparar comida							
35	d640	Realizar los quehaceres de la casa (limpiar la casa, lavar)							
36	d710	Interacciones interpersonales básicas							
37	d760	Relaciones familiares							
38	d770	Relaciones íntimas							
39	d850	Trabajo remunerado							
40	d870	Autosuficiencia económica							
41	d910	Vida comunitaria							
42	d920	Tiempo libre y ocio							

CALIFICADOR		
0	No hay dificultad	Ninguna, insignificante
1	Dificultad ligera	Poca, escasa
2	Dificultad moderada	Media, regular
3	Dificultad grave	Mucha, extrema
4	Dificultad completa	Total
8	Sin especificar	
9	No aplicable	

**LISTA CORTA DE LA CIF PARA LA VALORACIÓN FUNCIONAL DE PACIENTES
CON AMPUTACION DE MIEMBRO PELVICO**

	CÓDIGO	FACTORES AMBIENTALES	0	1	2	3	4	8	9
1	e115	Productos y tecnología para uso personal en la vida diaria							
2	e120	Productos y tecnología para la movilidad y el transporte personal en espacios cerrados y abiertos							
3	e135	Productos y tecnología para el empleo							
4	e150	Diseño, construcción materiales de construcción y tecnología arquitectónica para edificios de uso público							
5	e155	Diseño, construcción materiales de construcción y tecnología arquitectónica para edificios de uso privado							
6	e310	Familiares cercanos							
7	e320	Otros familiares							
8	e340	Cuidadores y personal de ayuda							
9	e355	Profesionales de la salud							
10	e360	Otros profesionales							
11	e410	Actitudes individuales de miembros de la familia cercana							
12	e420	Actitudes individuales de amigos							
13	e425	Actitudes individuales de conocidos, compañeros, colegas, vecinos y miembros de la comunidad							
14	e450	Actitudes individuales de profesionales de la salud							
15	e460	Actitudes sociales							
16	e515	Servicios, sistemas y políticas de producción de arquitectura y construcción							
17	e540	Servicios, sistemas y políticas de transporte							
18	e570	Servicios, sistemas y políticas de seguridad social							
19	e580	Servicios, sistemas y políticas sanitarias							
20	e595	Servicios, sistemas y políticas de gobierno							

CALIFICADOR	FACILITADOR	
0	No hay facilitador	Ninguno, insignificante
1	Facilitador ligero	Poco, escaso
2	Facilitador moderado	Medio, regular
3	Facilitador grave	Mucho, extremo
4	Facilitador completo	Total

CALIFICADOR	BARRERA	
0	No hay barrera	Ninguna, insignificante
1	Barrera ligera	Poca, escasa
2	Barrera moderada	Media, regular
3	Barrera grave	Mucha, extremo
4	Barrera completa	Total
8	Sin especificar	
9	No aplicable	

ANEXO 3-B

**LISTA CORTA DE LA CIF PARA LA VALORACION FUNCIONAL DE PACIENTES
CON AMPUTACION DE MIEMBRO PELVICO.
FORMATO FINAL, OBTENDIO DE LA EVALUACIÓN Y ANALISIS DE LOS
PROFESIONALES PARTICIPANTES, APLICADO A PACIENTES SELECCIONADOS.**

1. PARTE. DEFICIENCIAS DE LAS FUNCIONES CORPORALES.

Definiciones:

Las funciones corporales son las funciones fisiológicas de los sistemas corporales (incluyendo las funciones psicológicas).

Las deficiencias son problemas en la función o estructura corporal, tales como una desviación o una pérdida significativa.

Calificador:

Calificador genérico utilizado para indicar la extensión o magnitud de una deficiencia:

0	No hay dificultad	(ninguna, insignificante 0- 4%)
1	Dificultad Ligera	(poca, escasa 5-24%)
2	Dificultad Moderada	(media, regular 25-49%)
3	Dificultad Grave	(mucho, extrema 50-95%)
4	Dificultad Completa	(total 96-100%)
8	Sin especificar	(La información disponible no es suficiente para cuantificar la severidad del problema).
9	No aplicable	(El dominio d760 Relaciones familiares no es aplicable a un paciente sin familia).

1. PARTE. DEFICIENCIAS DE LAS ESTRUCTURAS CORPORALES.

Definiciones:

Estructuras corporales son las partes anatómicas del cuerpo tales como los órganos, las extremidades y sus componentes.

Las deficiencias son problemas en las funciones o estructuras corporales, tales como una desviación significativa o una pérdida.

Calificador:

0	No hay dificultad	(ninguna, insignificante 0- 4%)
1	Dificultad Ligera	(poca, escasa 5-24%)
2	Dificultad Moderada	(media, regular 25-49%)
3	Dificultad Grave	(mucho, extrema 50-95%)
4	Dificultad Completa	(total 96-100%)
8	Sin especificar	(La información disponible no es suficiente para cuantificar la severidad del problema)
9	No aplicable	(El dominio d760 Relaciones familiares no es aplicable a un paciente sin familia)

FUNCIONES CORPORALES								
Magnitud de la deficiencia								
CODIGO		No hay deficiencia	Deficiencia ligera	Deficiencia moderada	Deficiencia grave	Deficiencia completa	Sin especificar	No aplicable
b126	Funciones del temperamento y la personalidad Funciones mentales generales relacionadas con la disposición natural del individuo para reaccionar de una determinada manera ante situaciones, incluyendo el conjunto de características mentales que diferencian a ese individuo de otras personas.	0	1	2	3	4	8	9
b130	Funciones relacionadas con la energía y los impulsos Funciones mentales generales de los mecanismos fisiológicos y psicológicos que empujan al individuo a moverse de forma persistente para satisfacer necesidades específicas y alcanzar ciertos metas.	0	1	2	3	4	8	9
b152	Funciones Emocionales Funciones mentales específicas relacionadas con los sentimientos y los componentes afectivos de los procesos mentales	0	1	2	3	4	8	9
b1522	Rango de la emoción Funciones mentales que producen todo el rango de experiencias relacionadas con la aparición del afecto de los sentimientos, tales como el amor, odio, ansiedad, pena, júbilo, miedo y enojo	0	1	2	3	4	8	9
b160	Experiencias relacionadas con uno mismo y con el tiempo Funciones mentales específicas relacionadas con la conciencia de la propia identidad, del propio cuerpo, de la posición de uno mismo en sus mundo y en el tiempo	0	1	2	3	4	8	9
b1801	Imagen corporal Funciones mentales específicas relacionadas con la representación y consciencia sobre nuestro propio cuerpo	0	1	2	3	4	8	9
b280	Sensación de dolor Sensación desagradable que indica daño potencial o real en alguna estructura corporal	0	1	2	3	4	8	9
b2800	Dolor generalizado Percepción de una sensación desagradable que indica daño potencial o real en cierta estructura corporal y que se siente en todo el cuerpo	0	1	2	3	4	8	9
b2801	Dolor en una parte del cuerpo Percepción de una sensación desagradable que indica daño potencial o real en cierta estructura corporal y que se siente en una o varias partes específicas del cuerpo	0	1	2	3	4	8	9
b28015	Dolor en una extremidad inferior Percepción de una sensación desagradable que indica daño potencial o real en cierta estructura corporal y que se siente en una o en ambas extremidades inferiores, incluidos los pies	0	1	2	3	4	8	9
b435	Funciones del sistema inmunológico Funciones del cuerpo relacionadas con la protección contra sustancias extrañas, incluyendo infecciones, mediante respuestas inmunológicas específicas y no específicas	0	1	2	3	4	8	9

FUNCIONES CORPORALES								
Magnitud de la deficiencia								
CODIGO		No hay deficiencia	Deficiencia ligera	Deficiencia moderada	Deficiencia grave	Deficiencia completa	Sin especificar	No aplicable
b429	Funciones del sistema cardiovascular, otras especificadas y no especificadas	0	1	2	3	4	8	9
b455	Funciones relacionadas con la tolerancia al ejercicio Funciones relacionadas con la capacidad respiratoria y cardiovascular necesaria para resistir el ejercicio físico	0	1	2	3	4	8	9
b525	Funciones relacionadas con la defecación Funciones de eliminación de desechos y comida no digerida en forma de heces y funciones relacionadas	0	1	2	3	4	8	9
b530	Funciones relacionadas con el mantenimiento del peso Funciones relacionadas con el mantenimiento del peso corporal apropiado incluyendo la ganancia de peso durante el periodo de crecimiento	0	1	2	3	4	8	9
b620	Funciones urinarias Funciones relacionadas con la evacuación de orina desde la vejiga urinaria	0	1	2	3	4	8	9
b640	Funciones sexuales Funciones físicas y mentales relacionadas con el acto sexual, incluyendo la fase de excitación, la fase preparatoria, la fase orgásmica y la de resolución	0	1	2	3	4	8	9
b715	Funciones relacionadas con la estabilidad de las articulaciones Funciones relacionadas con el mantenimiento de la integridad estructural de las articulaciones	0	1	2	3	4	8	9
b730	Funciones relacionadas con la fuerza muscular Funciones relacionadas con la fuerza generada por la contracción de un músculo o grupo de músculos	0	1	2	3	4	8	9
b770	Funciones relacionadas con el patrón de la marcha Funciones relacionadas con los modos de moverse una persona al caminar, correr y otros movimientos de todo el cuerpo	0	1	2	3	4	8	9
b780	Sensaciones relacionadas con los músculos y las funciones del movimiento Sensaciones asociadas con los músculos o grupo de músculos del cuerpo y su movimiento	0	1	2	3	4	8	9
	Otra función corporal	0	1	2	3	4	8	9

ESTRUCTURAS CORPORALES								
Primer calificador Extensión de la deficiencia								
CODIGO		No hay deficiencia	Deficiencia ligera	Deficiencia moderada	Deficiencia grave	Deficiencia completa	Sin especificar	No aplicable
s7200	Huesos de la region del hombro	0	1	2	3	4	8	9
s7201	Articulaciones de la region del hombro	0	1	2	3	4	8	9
s73001	Articulación del codo	0	1	2	3	4	8	9
s73020	Huesos de la mano	0	1	2	3	4	8	9
s73023	Ligamentos y fascias de la mano	0	1	2	3	4	8	9
s740	Estructura de la región pélvica	0	1	2	3	4	8	9
s7400	Huesos de la región pélvica	0	1	2	3	4	8	9
s7402	Músculos de la región pélvica	0	1	2	3	4	8	9
s7403	Ligamentos y fascias de la región pélvica	0	1	2	3	4	8	9
s7408	Estructura de la región pélvica, otra especificada	0	1	2	3	4	8	9
s7409	Estructura de la región pélvica, no especificada	0	1	2	3	4	8	9
s750	Estructura de la extremidad inferior	0	1	2	3	4	8	9
s7500	Estructura del muslo	0	1	2	3	4	8	9
s7501	Estructura de la pierna	0	1	2	3	4	8	9
s7502	Estructura del tobillo y pie	0	1	2	3	4	8	9
s76002	Columna vertebral lumbar	0	1	2	3	4	8	9
s770	Estructuras musculoesqueléticas adicionales relacionadas con el movimiento	0	1	2	3	4	8	9
s8104	Piel de la extremidad inferior	0	1	2	3	4	8	9
	Otra estructura corporal	0	1	2	3	4	8	9
Otras categorías adicionales del componente de* ESTRUCTURAS CORPORALES de la CIF, que usted considere que								

2. PARTE. LIMITACIONES DE LA ACTIVIDAD Y RESTRICCIONES DE LA PARTICIPACION.

Definiciones:

Actividad es la realización de una tarea o acción por una persona.

Participación es el acto de involucrarse en una situación vital.

Limitaciones en la actividad son dificultades que una persona puede tener en una situación vital en el desempeño /realización de las actividades.

Restricciones en la participación son problemas que una persona puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales.

Calificador:

Calificador genérico utilizado para indicar la extensión o magnitud de una Dificultad.

0	No hay Dificultad	(ninguna, insignificante	0- 4%)
1	Dificultad Ligera	(poca, escasa	5-24%)
2	Dificultad Moderada	(media, regular	25-49%)
3	Dificultad Grave	(mucho, extrema	50-95%)
4	Dificultad Completa	(total	96-100%)
8	Sin especificar	(La información disponible no es suficiente para cuantificar la severidad del problema).	
9	No aplicable	(El dominio d760 Relaciones familiares no es aplicable a un paciente sin familia).	

El calificador de capacidad describe la capacidad de un individuo para realizar una tarea o acción. Este calificador tiene por objeto indicar el máximo nivel probable de funcionamiento que una persona puede alcanzar en un dominio y en un momento dado. La capacidad se mide en un contexto / entorno uniforme o normalizado para neutralizar el impacto variable de diferentes contextos / entornos; por tanto refleja la actitud ambientalmente ajustada del individuo. El contexto / entorno normalizado puede ser:

- un contexto/ entorno comúnmente usado para la evaluación de la capacidad en una prueba establecida; ó
- cuando esto no es posible, un contexto / entorno hipotético con un impacto uniforme.

El componente factores ambientales puede usarse para describir las características de ese contexto / entorno uniforme o normalizado.

ACTIVIDADES Y PARTICIPACION								
Primer Calificador Desempeño								
Magnitud de la limitación de la capacidad								
CODIGO		No hay Dificultad	Dificultad ligera	Dificultad moderada	Dificultad grave	Dificultad completa	Sin especificar	No aplicable
d410	Cambiar las posturas corporales básicas Adoptar o abandonar una postura, pasar de un lugar a otro como levantarse de una silla para tumbarse en una cama, y adoptar o abandonar posiciones determinadas, como arrodillarse o sentarse en cuclillas.	0	1	2	3	4	8	9
d4100	Tumbarse Adoptar y abandonar una posición tumbada o cambiar la posición del cuerpo de la horizontal a cualquier otra, como ponerse de pie o sentarse	0	1	2	3	4	8	9
d4101	Ponerse en cuclillas Adoptar y abandonar la posición del cuerpo de estar sentado o agachado sobre los miembros inferiores con las rodillas pegadas y sentado sobre los talones, como la que es necesaria en los inodoros/excusados que se encuentran a ras del suelo, o cambiar la postura de estar en cuclillas a cualquier posición, como levantarse	0	1	2	3	4	8	9
d4102	Ponerse de rodillas Adoptar y abandonar una posición en la que el cuerpo está apoyado sobre las rodillas con las piernas dobladas, como cuando se reza o cambiar la postura de estar arrodillado a cualquier otra posición, como levantarse	0	1	2	3	4	8	9
d4103	Sentarse Adoptar y abandonar la posición de sentado y cambiar la posición del cuerpo de estar sentado a cualquier otra como levantarse o tumbarse	0	1	2	3	4	8	9
d4104	Ponerse de pie Adoptar y abandonar la posición de estar de pies o cambiar la posición corporal de estar de pie a cualquier otra posición como tumbarse o sentarse	0	1	2	3	4	8	9
d4105	Inclinarse Inclinarse hacia delante o hacia un lado, como al hacer una reverencia o al agacharse para alcanzar un objeto	0	1	2	3	4	8	9
d416	Mantener la posición del cuerpo Mantener el cuerpo en la misma posición durante el tiempo necesario, como permanecer sentado o de pie en el trabajo o en el colegio	0	1	2	3	4	8	9
d420	Transferir el propio cuerpo Moverse de una superficie a otra, como deslizarse a lo largo de una banca o pasar de estar sentado en la cama a sentarse en una silla, sin cambiar la posición del cuerpo	0	1	2	3	4	8	9
d4350	Empujar con las extremidades inferiores Utilizar las piernas y pies para ejercer fuerza sobre un objeto, con el fin de alejarlo de uno mismo, como ocurre al apartar una silla con el pie	0	1	2	3	4	8	9
d4351	Dar patadas/patear Utilizar las piernas y los pies para impulsar algo lejos, como ocurre al dar patadas a un balón	0	1	2	3	4	8	9

ACTIVIDADES Y PARTICIPACION								
Primer Calificador Desempeño								
Magnitud de la limitación de la capacidad								
CODIGO		No hay Dificultad	Dificultad ligera	Dificultad moderada	Dificultad grave	Dificultad completa	Sin especificar	No aplicable
d4400	Recoger objetos Recoger o levantar un objeto pequeño con las manos y los dedos, como recoger un lápiz	0	1	2	3	4	8	9
d4500	Andar distancias cortas Andar menos de un kilómetro, como caminar por habitaciones y pasillos, dentro de un edificio o pequeñas distancias en el exterior	0	1	2	3	4	8	9
d4501	Andar distancias largas Andar más de un kilómetro, como al recorrer un pueblo o ciudad, al ir de un pueblo a otro, o al andar en espacios abiertos	0	1	2	3	4	8	9
d4502	Andar sobre diferentes superficies Andar en superficies inclinadas, desiguales o que se mueven, como en hierba, grava o hielo y nieve o andar a bordo de un barco, en el tren u otro vehículo en movimiento	0	1	2	3	4	8	9
d4503	Andar sorteando obstáculos Andar de la forma necesaria para esquivar objetos tanto estáticos como en movimiento, personas, animales y vehículos, como andar en el mercado o en una tienda, alrededor o a través del tráfico o en espacios llenos de gente	0	1	2	3	4	8	9
d455	Desplazarse por el entorno Mover todo el cuerpo de un sitio a otro siempre que no sea andando, como escalar una roca, correr por una calle, brincar, corretear, saltar, dar volteretas	0	1	2	3	4	8	9
d4550	Arrastrarse Mover todo el cuerpo de un sitio a otro estando boca abajo, utilizando las manos, las manos y los brazos, y las rodillas o correr esquivando obstáculos	0	1	2	3	4	8	9
d4551	Trepar Mover todo el cuerpo hacia arriba o hacia abajo sobre superficies u objetos como escalones, rocas, escalas o escaleras, bordillos u otros objetos	0	1	2	3	4	8	9
d4552	Correr Moverse con pasos rápidos de modo que ambos pies pueden estar a la vez sin tocar el suelo	0	1	2	3	4	8	9
d4553	Saltar Elevarse desde el suelo doblando y estirando las piernas, como saltar sobre una pierna, brincar, saltar omitiendo un paso y saltar o zambullirse en el agua	0	1	2	3	4	8	9
d4554	Nadar Impulsar el cuerpo a través del agua mediante el movimiento de las extremidades y de todo el cuerpo, sin apoyarse en el suelo	0	1	2	3	4	8	9
d4800	Desplazarse dentro de la casa Andar y moverse dentro de la propia casa, dentro de una habitación, entre diferentes habitaciones, y alrededor de toda la casa o zona de residencia	0	1	2	3	4	8	9

ACTIVIDADES Y PARTICIPACION								
Primer Calificador Desempeño								
Magnitud de la limitación de la capacidad								
CODIGO		No hay Dificultad	Dificultad ligera	Dificultad moderada	Dificultad grave	Dificultad completa	Sin especificar	No aplicable
d4601	Desplazarse dentro edificios que no son la propia vivienda Andar y moverse dentro de edificios que no son la propia vivienda, como desplazarse por las casas de otras personas, otros edificios privados o públicos y de la comunidad y áreas cerradas.	0	1	2	3	4	8	9
d4602	Desplazarse fuera del hogar y de otros edificios Caminar y moverse, cerca o lejos de la propia vivienda y de otros edificios, sin utilizar medios de transporte, públicos o privados, como caminar distancias cortas o largas alrededor de una ciudad o pueblo	0	1	2	3	4	8	9
d465	Desplazarse utilizando algún tipo de equipamiento Mover todo el cuerpo de un lugar a otro, sobre cualquier superficie o espacio, utilizando dispositivos específicos diseñados para facilitar el movimiento o desarrollar métodos distintos de moverse, como patines, esquís o equipo para bucear, o moverse por una calle en una silla de ruedas o con un andador	0	1	2	3	4	8	9
d4701	Utilización de un medio de transporte con motor Ser transportado como pasajero por medio de vehículos de motor privados por tierra, mar o aire, como en un taxi, o en un bote o avión privados	0	1	2	3	4	8	9
d4702	Utilización de transporte público con motor Ser transportado como pasajero por un vehículo de motor diseñado para transporte público, por tierra, mar o aire, como ser pasajero en un autobús, tren, metro o avión	0	1	2	3	4	8	9
d4751	Vehículos con motor Un vehículo con motor, como un automóvil, una motocicleta, barco o motor en un avión	0	1	2	3	4	8	9
d510	Lavarse Lavarse y secarse todo el cuerpo, o partes del cuerpo, utilizando agua y materiales o métodos apropiados de lavado y secado, como bañarse, ducharse, lavarse las manos y los pies, la cara y el pelo, y secarse con una toalla	0	1	2	3	4	8	9
d520	Cuidado de partes del cuerpo Cuidado de partes del cuerpo, como por ejemplo la piel, la cara, los dientes, el cuero cabelludo, las uñas y genitales, que requieren un nivel de cuidado mayor que el mero hecho de lavarse y secarse	0	1	2	3	4	8	9

ACTIVIDADES Y PARTICIPACION								
Primer Calificador Desempeño								
Magnitud de la limitación de la capacidad								
CODIGO		No hay Dificultad	Dificultad ligera	Dificultad moderada	Dificultad grave	Dificultad completa	Sin especificar	No aplicable
d630	Higiene personal relacionada con los procesos de excreción Planificación y realización de la eliminación de desechos humanos (flujo menstrual, orina y heces) y la propia limpieza posterior	0	1	2	3	4	8	9
d640	Vestirse Llevar a cabo las acciones y tareas coordinadas precisas para ponerse y quitarse ropa y el calzado en el orden correcto y de acuerdo con las condiciones climáticas, y las condiciones sociales, tales como ponerse, abrocharse y quitarse camisas, faldas, blusas, pantalones, ropa interior, saris, kimonos, medias, sombreros, guantes, abrigos, zapatos, botas, sandalias y zapatillas	0	1	2	3	4	8	9
d570	Cuidado de la propia salud Asegurar la salud y el bienestar físico y mental, como mantenimiento una dieta equilibrada, realizando actividad física a un nivel adecuado, manteniendo una temperatura adecuada, evitando daños para la salud, adoptando prácticas sexuales seguras, incluyendo el uso de preservativos, siguiendo los planes de vacunación y haciéndose chequeos médicos de forma regular	0	1	2	3	4	8	9
d630	Preparar comidas Idear, organizar, cocinar y servir comidas sencillas y complicadas para uno mismo o para otras personas, como decidir el menú, seleccionar alimentos y bebidas reunir los ingredientes para preparar una comida, poner al fuego los alimentos y preparar comidas y bebidas frías, y servir la comida	0	1	2	3	4	8	9
d640	Realizar los quehaceres de la casa (limpiar la casa, lavar) Ocuparse de la casa limpiándola, lavando la ropa, usando aparatos domésticos, almacenando comida y eliminando la basura, como barrer pasar la fregona/ trapeador, limpiar las encimeras, paredes y otras superficies; recoger y eliminar la basura de la casa; ordenar habitaciones, armarios y cajones; recoger, lavar, secar, doblar y planchar ropa; limpiar calzado; utilizar escobas, cepillos y aspiradoras, utilizar lavadoras, secadoras y planchas	0	1	2	3	4	8	9
d710	Interacciones interpersonales básicas Interactuar con otras personas de manera adecuada para el contexto y el entorno social, como demostrar aprecio y consideración cuando sea apropiado o responder a los sentimientos de otros	0	1	2	3	4	8	9

ACTIVIDADES Y PARTICIPACION								
Primer Calificador Desempeño								
Magnitud de la limitación de la capacidad								
CODIGO		No hay Dificultad	Dificultad ligera	Dificultad moderada	Dificultad grave	Dificultad completa	Sin especificar	No aplicable
d760	Relaciones familiares Crear y mantener, relaciones de parentesco, como con los miembros del núcleo familiar, con otros familiares con la familia adoptiva o de acogida y con padrastros, madrastros, hijastros y hermanastros, relaciones más distantes como primos segundos o responsables legales de la custodia	0	1	2	3	4	8	9
d770	Relaciones íntimas Crear y mantener relaciones cercanas o sentimentales entre individuos, como entre hombre y mujer, entre amantes o entre parejas sexuales	0	1	2	3	4	8	9
d850	Trabajo remunerado Participar en todos los aspectos del trabajo remunerado (en una ocupación, negocio, profesión u otra forma de empleo), estando empleado a tiempo parcial o a jornada completa, o trabajando como autónomo. Incluyendo buscar y conseguir trabajo, cumplir las obligaciones de trabajo, ser puntual, supervisar a otros trabajadores o ser supervisado y cumplir las obligaciones solo o en grupo	0	1	2	3	4	8	9
d870	Autosuficiencia económica Tener el control sobre recursos económicos, obtenidos de fondos públicos o privados, con el objetivo de garantizar una seguridad económica para las necesidades presentes y futuras	0	1	2	3	4	8	9
d910	Vida comunitaria Participar en todos los aspectos de la vida social comunitaria, tales como participar en organizaciones benéficas, clubes u organizaciones sociales profesionales	0	1	2	3	4	8	9
d920	Tiempo libre y ocio Participar en cualquier tipo de juego, actividad recreativa o de ocio, tales como juegos y deportes informales u organizados, programas de ejercicio físico relajación diversión o entretenimiento, ir a galerías de arte, museos, cines o teatros participar en manualidades o aficiones, leer por entretenimiento, tocar instrumentos musicales; ir de excursión, de turismo y viajar por placer	0	1	2	3	4	8	9
Otras categorías adicionales del componente de ACTIVIDADES Y PARTICIPACION de la CIF, que usted considere que deben incluirse al formato								

2. PARTE. FACTORES AMBIENTALES.

Definiciones:

Los factores ambientales constituyen el ambiente físico, social y actitudinal en el que las personas viven y conducen sus vidas.

Facilitadores son todos aquellos factores en el entorno de una persona que, cuando están presentes o ausentes, mejoran el funcionamiento y reducen la discapacidad.

Barreras son todos aquellos factores en el entorno de una persona que, cuando están presentes o ausentes, limitan el funcionamiento y generan discapacidad.

Calificador:

Calificador en escala negativa y positiva que permite valorar el grado en que un factor ambiental actúa como barrera o facilitador.

Facilitador			
0	No hay Facilitador	(ninguno, insignificante	0- 4%)
1	Facilitador Leve	(poco, escaso	5-24%)
2	Facilitador Moderado	(medio, regular	25-49%)
3	Facilitador Mayor	(mucho, extremo	50-95%)
4	Facilitador Completo	(total	96-100%)

Barrera			
0	No hay Barrera	(ninguna, insignificante	0- 4%)
1	Barrera Leve	(poca, escasa	5-24%)
2	Barrera Moderada	(media, regular	25-49%)
3	Barrera Grave	(mucha, extrema	50-95%)
4	Barrera Completa	(total	96-100%)

8	No especifica
9	No aplicable

FACTORES AMBIENTALES												
CODIGO		No barrera no facilitador	Barrera Ligera	Facilitador Ligero	Barrera Moderada	Facilitador Moderado	Barrera grave	Facilitador grave	Barrera Completa	Facilitador Completo	Sin especificar	No aplicable
e120	Productos y tecnología para a movilidad y el transporte personal en espacios cerrados y abiertos Equipamiento, productos y tecnología utilizados por las personas para desplazarse dentro y fuera de los edificios, incluyendo aquellos adaptados o específicamente, situados en, sobre o cerca de la persona que vaya a utilizarlos	0	-1	1	-2	2	-3	3	-4	4	8	9
e135	Productos y tecnología para el empleo Equipamiento, productos y tecnología utilizados en el ámbito laboral para facilitar el trabajo	0	-1	1	-2	2	-3	3	-4	4	8	9
e150	Diseño, construcción, materiales de construcción y tecnología arquitectónica para edificios de uso público Productos y tecnología que constituyen el ambiente fabricado por el hombre individuo y que abarca tanto espacios cerrados como abiertos. Dicho ambiente ha sido planeado, diseñado y construido para uso público, incluyendo aquellos adaptados o diseñados específicamente	0	-1	1	-2	2	-3	3	-4	4	8	9
e155	Diseño, construcción, materiales de construcción y tecnología arquitectónica para edificios de uso privado Productos y tecnología que constituyen el ambiente fabricado por el hombre individuo, y que abarca tanto espacios cerrados como abiertos. Dicho ambiente ha sido planeado, diseñado y construido para uso privado, incluyendo aquellos adaptados o diseñados específicamente	0	-1	1	-2	2	-3	3	-4	4	8	9
e310	Familiares cercanos Individuos emparentados por el nacimiento, el matrimonio o cualquier relación reconocida por la cultura como familia cercana, como esposos, pareja, padres, hermanos, hijos, padres de acogida, padres adoptivos y abuelos	0	-1	1	-2	2	-3	3	-4	4	8	9
e315	Otros familiares Individuos emparentados mediante lazos familiares o matrimoniales o cualquier relación reconocida por la cultura como familiares, como tíos, sobrinos y nietos	0	-1	1	-2	2	-3	3	-4	4	8	9

FACTORES AMBIENTALES												
CODIGO												
		No barrera no facilitador	Barrera Ligera	Facilitador Ligero	Barrera Moderada	Facilitador Moderado	Barrera grave	Facilitador grave	Barrera Completa	Facilitador Completo	Sin especificar	No aplicable
e340	Cuidadores y personal de ayuda Individuos que proporcionan los servicios necesarios para el cuidado de otros en sus actividades cotidianas, y para que mantengan el rendimiento en el trabajo, en la educación o en otras situaciones de la vida. Su actuación se financia mediante fondos públicos o privados, o bien actúan como voluntarios, como es el caso de, los que proporcionan apoyo en el cuidado y mantenimiento de la casa, asistentes personales, asistentes para el transporte, ayuda pagada, niñeras y otras personas que actúan como cuidadores	0	-1	1	-2	2	-3	3	-4	4	8	9
e355	Profesionales de la salud Todos los proveedores de servicios que trabajan en el contexto del sistema sanitario, como médicos, enfermeras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, logopedas, otorrinolaringólogos o trabajadores sociales sanitarios	0	-1	1	-2	2	-3	3	-4	4	8	9
e360	Otros profesionales Todos los proveedores de servicios no sanitarios que trabajan fuera del sistema sanitario, pero que proporcionan servicios "relacionados con la salud", como trabajadores sociales, profesores, arquitectos o diseñadores	0	-1	1	-2	2	-3	3	-4	4	8	9
e410	Actitudes individuales de miembros de la familia cercana Opiniones y creencias generales o específicas de miembros de la familia cercana sobre la persona o sobre otras cuestiones (ej. los asuntos sociales, políticos y económicos) que influyen en el comportamiento y las acciones individuales	0	-1	1	-2	2	-3	3	-4	4	8	9
e420	Actitudes individuales de amigos Opiniones y creencias generales o específicas de amigos sobre la persona o sobre otras cuestiones (ej. los asuntos sociales, políticos y económicos) que influyen en el comportamiento y las acciones individuales	0	-1	1	-2	2	-3	3	-4	4	8	9
e425	Actitudes individuales de conocidos, compañeros, colegas, vecinos y miembros de la comunidad Opiniones y creencias generales o específicas de conocidos, compañeros, colegas, vecinos y miembros de la comunidad sobre la persona o sobre otras cuestiones (ej. los asuntos sociales, políticos y económicos) que influyen en el comportamiento y las acciones individuales	0	-1	1	-2	2	-3	3	-4	4	8	9

FACTORES AMBIENTALES												
CODIGO		No barrera no facilitador	Barrera Ligera	Facilitador Ligero	Barrera Moderada	Facilitador Moderado	Barrera grave	Facilitador grave	Barrera Completa	Facilitador Completo	Sin especificar	No aplicable
e460	Actitudes sociales Opiniones y creencias generales o específicas mantenidas habitualmente por personas de una determinada cultura, sociedad, subcultura u otro grupo social, sobre otras personas o sobre otras cuestiones sociales, políticas y y económicas, que influyen en el comportamiento y las acciones grupales o individuales	0	-1	1	-2	2	-3	3	-4	4	8	9
e515	Servicios, sistemas y políticas de producción de arquitectura y construcción Servicios, sistemas y políticas para el diseño y construcción de edificios, públicos y privados	0	-1	1	-2	2	-3	3	-4	4	8	9
e540	Servicios, sistemas y políticas de transporte Servicios, sistemas y políticas que posibilitan que personas o mercancías se desplacen o sean transportadas de un lugar a otro	0	-1	1	-2	2	-3	3	-4	4	8	9
e570	Servicios, sistemas y políticas de seguridad social Servicios, sistemas y políticas destinados a proporcionar ayudas económicas a aquellas personas que debido a su edad, pobreza, desempleo, condición de salud o discapacidad, necesitan asistencia pública que se financia bien mediante los impuestos generales o por sistemas de contribución	0	-1	1	-2	2	-3	3	-4	4	8	9
e580	Servicios, sistemas y políticas sanitarias Servicios, sistemas y políticas para prevenir y tratar problemas de salud proporcionando rehabilitación médica y promoviendo un estilo de vida saludable	0	-1	1	-2	2	-3	3	-4	4	8	9
e595	Servicios, sistemas y políticas de gobierno Servicios, sistemas y políticas relacionadas con el voto, las elecciones y el gobierno de los países, regiones o comunidades, así como con las organizaciones internacionales	0	-1	1	-2	2	-3	3	-4	4	8	9
Otras categorías adicionales del componente de* FACTORES AMBIENTALES de la CIF, que usted considere que deben												

ANEXO 4-A

**HOJA DE RECOLECCION DE DATOS
INICIAL**

“Aplicación y validación de una lista corta de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, en la evaluación de pacientes con amputación de miembro pélvico.”

Nombre del paciente: _____

No. De Afiliación: _____ Sexo: (M) (F)

Edad: _____ años. Edo. Civil: _____ Ocupación: _____

Escolaridad: _____ Medio de transporte: _____

Casa: Propia () Rentada () Prestada ()

Barreras en casa: Escaleras () Habitación en planta alta () Terreno irregular ()

Accidente de trabajo () Enfermedad general ()

Fuente de ingreso en casa: Paciente () Hijo () Esposo (a) () Otro ()

Nivel de amputación: Desarticulación de cadera ()

Amputación transfemoral (arriba de rodilla) ()

Desarticulación de rodilla ()

Amputación transtibial (debajo de rodilla) ()

Desarticulación de tobillo ()

Amputación parcial de pie ()

Lado de amputación: Derecho () Izquierdo ()

Tiempo de evolución: _____ meses.

Causa de la amputación: _____

Nombre del encuestador: _____

Puesto: _____ Tiempo de practica profesional: _____ años.

Fecha: _____

Comentarios: _____

ANEXO 4-B

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS FINAL

“Validación de una lista corta de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, en la evaluación de pacientes con amputación de miembro pélvico.”

Nombre del paciente: _____

No. De Afiliación: _____ Sexo: (M) (F)

Edad: _____ años. Edo. Civil: _____ Ocupación: _____

Nombre de empresa: _____ Antigüedad: _____

Escolaridad: _____ Medio de transporte que utiliza: _____

Casa: Propia () Rentada () Prestada ()

Barreras en casa: Escaleras () Habitación en planta alta () Terreno irregular ()

Rama del seguro: Accidente de trabajo () Enfermedad general () Beneficiario ()

Incapacidad: (SI) (NO)

Dx. nosológico: _____

Patologías agregadas: _____

Nivel de amputación: Amputación transfemoral (arriba de rodilla) ()

Desarticulación de rodilla ()

Amputación transtibial (debajo de rodilla) ()

Miembro pélvico: Derecho () Izquierdo ()

Tiempo de evolución: _____ meses.

Causa de la amputación: Diabetes mellitus () Traumatismo () Alteraciones circulatorias ()

Otra () _____

Fuentes de ingreso en casa: Paciente () Hijo () Espos(a) () Otros ()

Integrantes de la familia

	Parentesco	Escolaridad	Ocupación
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____

Nombre del encuestador: _____

Profesión: _____ Tiempo de práctica profesional: _____ años.

Fecha: _____

Comentarios: _____

ANEXO 5

INDICE DE BARTHEL.

	PUNTAJE
Comer	
0 = incapaz	
5 = necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.	
10 = independiente (la comida está al alcance de la mano)	
Trasladarse entre la silla y la cama	
0 = incapaz, no se mantiene sentado	
5 = necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado	
10 = necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)	
15 = independiente	
Aseo personal	
0 = necesita ayuda con el aseo personal.	
5 = independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse.	
Uso del retrete	
0 = dependiente	
5 = necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo sólo.	
10 = independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)	
Bañarse/Ducharse	
0 = dependiente.	
5 = independiente para bañarse o ducharse.	
Desplazarse	
0 = inmóvil	
5 = independiente en silla de ruedas en 50 m.	
10 = anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal).	
15 = independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador.	
Subir y bajar escaleras	
0 = incapaz	
5 = necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta.	
10 = independiente para subir y bajar.	
Vestirse y desvestirse	
0 = dependiente	
5 = necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda.	
10 = independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc	
Control de heces:	
0 = incontinente (o necesita que le suministren enema)	
5 = accidente excepcional (uno/semana)	
10 = continente	
Control de orina	
0 = incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa.	
5 = accidente excepcional (máximo uno/24 horas).	
10 = continente, durante al menos 7 días.	
Total = 0-100 puntos (0-90 si usan silla de ruedas)	